



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Dora Lia Assunção Inácio Teixeira

MOBBING NOS ENFERMEIROS

Dora Lia Assunção Inácio Teixeira

Mobbing nos Enfermeiros

Tese de Mestrado

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor António Madureira Dias

Professor Doutor Carlos Manuel de Figueiredo Pereira

Junho 2015



“A **Perseverança** é *mais eficaz* do que a **Violência**, e muitas coisas que, quando reunidas são invencíveis, cedem a quem as enfrenta um pouco de cada vez.”

Plutarco

Em todas as lutas, para vencer é preciso um batalhão... Pessoas que nos fortalecem, incentivam e fazem avançar, conquistando... Fica a lembrança e o agradecimento a todas as pessoas que directa ou indirectamente, umas com palavras, outras com tolerância, afectos e até mesmo com maldade, tornaram este estudo possível.

Ao Professor António Madureira, por toda a paciência, perseverança, atenção e disponibilidade.

Aos familiares e amigos que tiveram as palavras e gestos certos, impulsionando a não desistir e a progredir no conhecimento.

Aos enfermeiros da Unidade Local de Saúde, Guarda – Hospital Sousa Martins, pela sua participação e contributo no estudo.

Um sentido OBRIGADA a todos, sem vocês seria difícil vencer!

Resumo

Título: Mobbing nos Enfermeiros

Introdução: As pressões constantes do mundo laboral e, a especificidade do seu trabalho expõe os enfermeiros a actos de violência como o mobbing ou assédio moral. Este é um fenómeno dissimulado e psicossocial que afecta o indivíduo, o grupo de trabalho e a organização e, que importa aprender a combater.

Objectivos: Determinar a prevalência de mobbing nos enfermeiros; caracterizar o mobbing; relacionar a influência das características sociodemográficas e profissionais na percepção de mobbing dos enfermeiros.

Metodologia: Estudo quantitativo, de carácter descritivo-correlacional, transversal. A amostra não probabilística por conveniência foi constituída por 143 enfermeiros do Hospital Sousa Martins, Guarda. Maioritariamente são mulheres (71,3%) e, com média de idades de 37 anos. Possuem formação base 71,3%, 69,9% pratica horário rotativo, 69,2% tem vínculo estável e, tempo médio de exercício profissional de 14 anos. Os dados foram colhidos através de questionário que integrou a escala LIPT-60.

Resultados: Os enfermeiros em estudo experienciaram baixos níveis de mobbing no seu contexto laboral. Em média, referem sentir oito condutas de assédio moral com efeito (0,20) e intensidade reduzida (1,37). As condutas mais experimentadas visam o bloqueio à comunicação e a difamação. Cerca de 42,0% dos enfermeiros admitem já ter sido vítima de mobbing e 24,1% referem que aconteceu por um período de seis meses. Os principais agressores identificados foram os médicos (40,0%) e os superiores hierárquicos (37,1%). Contudo, a percepção de mobbing é maior à medida que se progride na carreira, bem como nos enfermeiros que praticam regime de horário fixo e, que trabalham no mesmo serviço há 5 – 10 anos.

Conclusões: Apesar dos baixos índices de percepção de mobbing, este está presente no contexto laboral dos enfermeiros tornando-os vulneráveis e afectando a prestação de cuidados. Os ataques sentidos acontecem sobretudo, de forma dissimulada fazendo denotar a gravidade deste fenómeno, sobre o qual impera prevenir e intervir.

Palavras-Chave: Mobbing; Assédio moral; Abuso psicológico; Violência psicológica; Agressão psicológica no trabalho.

Abstract

Title: Mobbing among Nurses

Introduction: The constant pressure of working life and to the specificity of their work exposes nurses to violent behaviour such as mobbing or moral harassment. This is a disguised and psychosocial phenomenon that not only affects the individual but also the working group and the organisation and therefore it is important to fight against it.

Objectives: To determine the prevalence of mobbing among nurses; to characterize mobbing; to relate the influence of sociodemographic and professional characteristics with the perceptions that nurses have on mobbing.

Methodology: Quantitative study, of descriptive and correlational, cross-cutting nature. The sample is conveniently non-probabilistic and consists of 143 nurses of the Hospital Sousa Martins, Guarda. Mostly are female (71.3%) with an average age of 37 years old. 71.3% hold a basic degree on nursing, 69.9% have a rotary schedule, and 69.2% have stable bonds and an average length of professional practice of 14 years. Data were collected through a questionnaire that integrated the LIPT-60 scale.

Findings: The nurses in the study experienced low levels of mobbing in their working context. On average, nurses reported to feel eight types of bullying behaviour with low effect (0.20) and low intensity (1.37). The types of bullying most experienced by the sample aimed at blocking the communication and defamation. When asked, 42.0% of nurses admitted that they have already been victims of mobbing and 24.1% stated that this happened for a period of six months. The main abusers/offenders are doctors (40.0%) and co-workers in a higher hierarchical position (37.1%). However, perceptions of mobbing are greater as longer is the progress in nurses' careers, as well as in nurses who have a fixed-basis scheduled basis and who work in the same service for 5-10 years.

Conclusions: Despite the low levels of mobbing awareness, this is a current reality at nurses' work environment, making them vulnerable and affects care providing. Attacks are felt mostly in a dissembling and sneaky manner, making this a reality that urges prevention and action.

Keywords: Mobbing; Moral harassment; Psychological abuse; Psychological violence; bullying/ Psychological abuse/harrassment at work

SUMÁRIO

	p.
Lista de Quadros	13
Lista de Figuras	15
Lista de Abreviaturas e Siglas	17
1. Introdução	19
2. Conceptualização de Mobbing ou Assédio Moral	23
2.1. Protagonistas de Mobbing: Agressor, Vítima e Espectadores	28
2.2. Métodos de Mobbing	30
2.3. Causas e Consequências	35
2.4. Estratégias Face ao Mobbing.....	40
3. Considerações Metodológicas	47
3.1. Conceptualização do Estudo	47
3.2. Questões de Investigação.....	48
3.3. Tipo de Estudo.....	49
3.4. Variáveis e sua Operacionalização	51
3.5. População e Amostra.....	53
3.6. Instrumento de Colheita de Dados.....	58
3.7. Procedimentos na Condução do Estudo	62
4. Resultados	67

4.1 Caracterização de Mobbing/Assédio Moral nos Enfermeiros	67
5. Discussão.....	89
5.1. Discussão Metodológica	89
5.2. Discussão dos Resultados.....	91
6. Conclusões	107
Referências Bibliográficas	113
Anexos	119
Anexo 1 - Escala de LIPT-60.....	121
Anexo 2 – Autorização ao uso do Questionário	125
Anexo 3 - Instrumento de Colheita de Dados	127
Anexo 4 – Autorização ao uso da Escala LIPT-60	133
Anexo 4 - Autorização do Conselho de Administração da ULS Guarda, Hospital Sousa Martins.....	135

LISTA DE QUADROS

	p.
Quadro 1- Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais.....	52
Quadro 2 - Estatística descritiva quanto ao género e idade	54
Quadro 3 – Caracterização Sociodemográfica em função do género	55
Quadro 4 – Caracterização Socioprofissional em função do Género	58
Quadro 5 - Resultados da Consistência Interna da Escala LIPT-60.....	62
Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do termo Mobbing/Assédio Moral	68
Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo observação de mobbing no local de trabalho	68
Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo as características do agressor	69
Quadro 9 – Distribuição da amostra quanto à Consciência de ser ou ter sido vítima de Mobbing segundo o Género.....	69
Quadro 10 – Duração da percepção de Mobbing.....	70
Quadro 11 - Consequências associadas ao Mobbing, segundo elementos da amostra que confirmam ter presenciado situação de abuso	71
Quadro 12 - Distribuição de Estratégias utilizadas para superar o Mobbing	72
Quadro 13 – Distribuição da amostra de acordo com a vivência de mobbing	73
Quadro 14 - Caracterização das 9 dimensões da variável Mobbing.....	75
Quadro 15 - Caracterização dos índices Globais da Variável Dependente	76
Quadro 16 – Teste de Mann-Whitney: Género e Mobbing	77
Quadro 17 – Teste de Kruskal-Wallis: Grupos etários e Mobbing	78
Quadro 18 – Teste de Mann-Whitney: Estado Marital e Mobbing	79
Quadro 19 – Teste de Mann-Whitney: Formação Profissional e Mobbing.....	80
Quadro 20 – Teste Kruskal-Wallis: Categoria Profissional e Mobbing.....	82

Quadro 21 – Teste T-student: Grupo Serviço e Mobbing	83
Quadro 22 – Teste Mann-Whitney: Tipo de Horário e Mobbing.....	84
Quadro 23 – Teste Kruskal – Wallis: Vinculo Laboral e Mobbing	85
Quadro 24 – Análise Anova: Grupo Tempo de Profissão e Mobbing.....	86
Quadro 25 – Análise Anova: Grupo Tempo no Actual Serviço e Mobbing.....	87

LISTA DE FIGURAS

	p.
Figura 1- Desenho de Investigação: Mobbing nos Enfermeiros	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APCAM – Associação Portuguesa Contra o Assédio Moral

BO – Bloco Operatório

CIT – Contrato de Trabalho sem Termo

CGTP – Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses

CTTC – Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo

CV – Coeficiente de Variação

dp – desvio padrão

EPE – Entidades Públicas Empresariais

HSM – Hospital Sousa Martins

IGAP – Índice Global de Assédio Psicológico

IMAP – Índice Médio de Assédio Psicológico

K/EP – Kurtosis/Std Error

Kw – Teste de Kruskal-Wallis

Max – Máximo

Min – Mínimo

LIPT – Leymann Inventory of Pshycological Terrorization

NEAP – Número total de Estratégias de Assédio Psicológico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ORL – Otorrinolaringologia

p. - página

RCTFP – Regime em Contrato de Trabalho em Funções Públicas

s.d – sem data

s.p – sem página

Sk/EP – Skewness/Std Error

SPSS – Statistical Package for Social ScienceS

t – Teste T-Student

TI – Trabalhador Independente

U – Teste de Mann-whitney

U-AVC – Unidade de Acidente Vasculares Cerebrais

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UGT – Union General de Trabajadores

ULS – Unidade Local de Saúde

\bar{X} - Média

1. Introdução

A realidade sociocultural e política que se vive, torna o Homem um ser capaz dos melhores gestos - no que toca à solidariedade e, também dos piores – quando se sente ameaçado e a querer garantir o que é seu por direito e pelo esforço que lhe dedica. Estes sentimentos e emoções ainda que, atrozmente constatam-se diariamente ao nível das várias organizações profissionais. É arrepiante a frustração sentida no final de um dia de esforço onde o reconhecimento não chega e, os valores se diluem entre receios, angústias, inveja e revolta trazendo à superfície o pior de cada um de nós. É nesses momentos que, ao centrarmo-nos em nós próprios, passamos a olhar o outro como uma ameaça e, a todo o custo queremos superá-lo ou (em alguns casos) “anulá-lo”.

Face ao actual contexto o termo mobbing ou assédio moral vem ganhando destaque. O mundo do trabalho tem as suas próprias regras e, é muito mais fácil para quem as entende adaptar-se a elas, sendo que em muitos dos casos acaba por ser uma forma de sobrevivência profissional. Por isso, conhecemos e convivemos lado a lado com diferentes colegas, que nos afectam e envolvem de formas também muito díspares.

A atenção crescente acerca do mobbing ou assédio moral aconteceu apenas nos últimos anos. O primeiro grande interessado na Europa (Suécia) foi Leymann. Também Hirigoyen lhe seguiu as pisadas, desta vez em França e, em 2002 publicou que o interesse social pela temática estava a impelir os governos a tomarem medidas que contemplassem o assédio moral no trabalho, por forma a legislar e regulamentar sanções para os casos identificados. Em Portugal, foi iniciado um projecto-lei em 2000, que procurou a protecção laboral contra o terrorismo psicológico ou o assédio moral. Porém, o conceito de assédio só chegou ao código do Trabalho em 2003 e, actualmente revista em 2009. Assim, mobbing refere-se a uma série de comportamentos hostis, tidos por um ou mais indivíduos sobre outro/outros, de forma intencional e repetida, durante um longo período de tempo, com o propósito de lhe causar um estado profundo de mal-estar, isolamento e terror psicológico (Carvalho, M., 2006).

A terminologia utilizada para designar o mesmo fenómeno é diversa e, para os muitos autores a escolha não é unânime. Assim, assédio moral, assédio ou abuso psicológico, *mobbing* ou *bullying at work* são termos que comumente designam a violência psicológica de natureza não sexual no local de trabalho (Carvalho, G., 2010, p. 29). No presente trabalho, os termos encontrados com mais frequência poderão ser mobbing e

assédio moral, primeiro por considerar que esta é a nomenclatura mais expressiva e adequada para traduzir a complexidade deste fenómeno, segundo porque foi o termo adoptado por Leymann (autor prestigiado na temática em questão) e, em terceiro lugar porque o termo assédio, como já referido está consignado no código do trabalho português.

Muitos estudos têm sido realizados, onde os efeitos devastadores do mobbing são comprovados, seja pelo desgaste emocional ou afectação na saúde mental dos seus envolvidos, sobretudo na vida das vítimas. Segundo dados da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2005), 5% dos trabalhadores europeus referem ter sofrido exposição à violência ou ameaças de violência, onde as mulheres são as mais afectadas (6%) em relação aos homens (4%). O mesmo inquérito identifica os sectores da saúde e da segurança social (15,2%) como os mais afectados e os profissionais de saúde (15,3%) um dos grupos de profissionais mais atingidos. Em cerca de 23% dos trabalhadores inquiridos o absentismo-doença é uma consequência resultante da agressão vivida (Uva, 2008). Segundo João (2013), no seu estudo aplicado a 3227 enfermeiros, cerca de 88,94% admitiram vivenciar condutas de mobbing no seu local de trabalho, sendo que a predominância das condutas sentidas se referem sobretudo ao bloqueio da comunicação e à difamação.

De acordo com Saraiva e Pinto (2011) cerca 90,38% dos enfermeiros inquiridos no seu estudo considerou sofrer pelo menos uma estratégia de mobbing, ainda que sentida com uma intensidade baixa. Resultados do mesmo estudo, dizem que em média cada enfermeiro vivencia oito condutas de mobbing, com efeito significativo.

A Enfermagem vive dias difíceis, seja pelo desemprego ou pela dificuldade em prestar cuidados de qualidade, aliados às exigências político-económicas que se impõem e, constitui por isso um “ (...) sector profissional com algum risco nesta área (...)” (Carvalho, G., 2010, p. 39). A gestão na saúde obriga ao “mais com menos” e, são cada vez mais as actividades de enfermagem a desempenhar a um maior número de doentes, ao mínimo custo possível. Além disso e, como refere Carvalho, G. (2007) os enfermeiros trabalham em equipas multidisciplinares, por turnos, num ritmo de trabalho muito específico, lidando com emoções, sentimentos, ansiedades, receios seja pela relação que estabelecem com o doente, seja pelas relações interpessoais que estabelecem entre si. A avaliação constante do desempenho, a falta de reconhecimento, a pouca autonomia. Todos estes podem ser factores desencadeantes de mobbing ou assédio moral no ceio desta profissão.

O mobbing afecta organizações e a própria sociedade, “el mobbing es un fenómeno de alcance personal, laboral e institucional” (Fornés, 2002, p.1). Trata-se de um fenómeno psicossocial e multidimensional que afecta três âmbitos diferentes: o individuo, o grupo de

trabalho e a própria organização; um fenómeno actual que atinge, na maioria das vezes em silêncio, um ou mais indivíduos no contexto laboral e, influencia de forma negativa esse mesmo ambiente, gerando disfunções individuais e colectivas.

Da necessidade de perceber e evidenciar fenómenos prejudiciais à enfermagem, surgiu o presente estudo, integrado na Unidade Curricular do Relatório Final do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na procura de contributos positivos, para melhores condições de trabalho dos enfermeiros, que se expõem diariamente na dedicação ao Cuidar, levantou-se a seguinte questão preliminar de investigação: Existe mobbing nos enfermeiros?

O estudo centra-se no profissional de Enfermagem e, tem como principais objectivos os seguintes:

- Determinar a prevalência de mobbing ou assédio moral nos enfermeiros;
- Caracterizar o mobbing (consciência de assédio moral, agressor, consequências, estratégias face à agressão e condutas sentidas);
- Relacionar a influência das características sociodemográficas (género, idade e estado marital) e profissionais (formação profissional, categoria, serviço, tipo de horário, vínculo laboral, tempo de serviço e tempo no actual serviço) na percepção de mobbing dos enfermeiros.

Estes serão fundamentais, para permitir aos enfermeiros esclarecê-los quanto à temática, dando aos mesmos mecanismos que os fortaleça na hora de gerir e resistir a este assédio psicológico no trabalho.

Na estruturação do presente trabalho, além da introdução consideram-se cinco capítulos fundamentais: uma de enquadramento teórico, as considerações metodológicas, apresentação e análise dos resultados, discussão dos resultados e finalmente as conclusões, terminando sempre com a revisão bibliográfica. No primeiro capítulo, dedicado ao enquadramento teórico, vai permitir delimitar conceitos, ideias e recolher a documentação acerca da temática mobbing ou assédio moral, facilitando a concepção clara do problema. O segundo capítulo é dedicado à metodologia do estudo que, define e contextualiza o estudo em investigação. No que concerne ao capítulo de apresentação e análise dos resultados, os dados serão apresentados com recurso a quadros representativos.

Será num quarto capítulo que a discussão dos resultados terá lugar, onde os resultados serão interpretados à luz do referencial teórico e evidenciadas algumas das limitações encontradas ao estudo. O quinto e último capítulo, diz respeito às conclusões

retiradas do estudo, onde igualmente se apresentam algumas sugestões para estudos no mesmo âmbito e medidas de intervenção face ao mobbing/assédio moral nas instituições de saúde.

Os tempos são de alta competitividade, o individualismo é a arma pessoal de cada um para superar angústias e receios, enfrentar frustrações e emoções diversas porém, definitivamente a enfermagem é ciência e arte que se desenrola em equipa, onde a excelência no Cuidar só se alcança se a comunicação entre todos for directa e efectiva. Ainda assim, importa fazer mais e melhor pela segurança e condições de trabalho dos enfermeiros podendo inclusive, abarcar também outros profissionais que igualmente dão de si ao que fazem.

2. Conceptualização de Mobbing ou Assédio Moral

As convicções políticas e as mudanças socioculturais que se sentem no presente, têm vindo a ser determinantes no ambiente profissional. O respeito por si e pelos outros são pilares fundamentais do relacionamento interpessoal e, estes têm sido frequentemente esquecidos. Por isso, hoje em dia, são observáveis comportamentos desadequados em ambiente profissional cujas repercussões podem mesmo interferir com a vida pessoal de cada um. Como refere João (2013, p. 3) “ (...) o ambiente laboral pode tornar-se insuportável e prejudicial à saúde dos trabalhadores, não só devido às condições físicas existentes, mas também devido às relações interpessoais estabelecidas entre os trabalhadores.”

Deste modo, é importante clarificar o conceito Mobbing ou também designado Assédio Moral no Trabalho, já que esta é uma realidade bem patente nos diferentes contextos profissionais.

São muitas as expressões utilizadas para designar o mesmo fenómeno (Sá, 2007): *Harcèlement moral* (assédio moral) - França; *Molestie psicologica* - Itália; *Bullying, Bossing, Harassment* (tiranizar) – Inglaterra, Austrália e Irlanda; *Mobbing* (molestar) - Estados Unidos, Países nórdicos, bálticos e Europa Central; *Murahachibu* (ostracismo social) - Japão; *Acoso moral, acoso psicológico ou psicoterrorismo – países hispânicos; Assédio moral, assédio psicológico ou igualmente, mobbing* – Brasil; *Coacção Moral, assédio moral e /ou violência psicológica no trabalho* – Portugal. “A diversidade de expressões obedece a variedade cultural e a ênfase que se deseja colocar sobre algum dos múltiplos aspectos que levam a violência psicológica no trabalho” (Guimarães & Rimoli, 2006, p. 183).

Segundo Carvalho, M. (2006) a palavra mobbing, deriva do verbo inglês *to mob* que significa atacar, maltratar, tratar mal alguém, cercar, rodear, tumultuar e amotinar.

O interesse pelo *mobbing*, surgiu na Suécia, nos anos 80, onde Heinz Leymann conseguiu teorizar e popularizar pela primeira vez um fenómeno cuja presença se sentia de forma inconsciente no trabalho (Carvalho, M., 2006). A definição operacional de Leymann sobre *mobbing* ou como o próprio designa “*psychical terror in working life*” diz que, este se refere a comportamentos hostis e imorais tidos por uma ou mais pessoas sobre outra e, que decorrem de forma sistemática, recorrentemente (pelo menos uma vez por semana) e, normalmente por um longo período de tempo (no mínimo por 6 meses). Como consequência

destas acções e, devido à frequência e duração com que elas ocorrem, pode resultar em dano psíquico, psicossomático e social considerável, já que as vítimas de mobbing são conduzidas a uma posição de impotência e desespero (Leymann, 1990). Com este conceito, o referido autor está a excluir todas as situações de conflitos temporários e, foca-se numa situação que tem um começo e termina em dano psicológico ou psicossomático. O mobbing está claramente relacionado com a frequência e a duração do que é feito em detrimento do acto em si mesmo (qual ou como é feito).

The scientific definition meant by the term “mobbing” thus refers to a social interaction through which one individual (...) is attacked by one or more (...) individuals almost on a daily basis and for periods of many months, bringing the person into an almost helpless position with potentially high risk of expulsion (Leymann, 1996, p. 168).

Sendo o primeiro autor, a centrar esta temática no comportamento humano em contexto laboral, Leymann deu um grande contributo na delimitação deste conceito ao operacionalizá-lo através de um questionário que ele próprio desenvolveu: LIPT-45 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization).

No entanto, apesar dos largos contributos deste último, outros autores ao longo dos anos foram desenvolvendo vários estudos na tentativa de clarificar mais este assunto. De facto, já nos anos 60 Konrad Lorenz terá utilizado pela primeira vez este termo, nos seus estudos de Etologia, quanto ao comportamento agressivo dos animais em grupo que procuravam expulsar um intruso solitário. Em 1972, Peter-Paul Heinemann associou este conceito ao comportamento hostil de certas crianças para com outras.

Ao expor este conceito desta forma, imediatamente o nosso pensamento remete para um outro que, hoje em dia é muito falado: *bullying*, ainda que este seja totalmente distinto daquele que aqui se coloca em definição. No entanto, não é estranho a confusão entre conceitos que muitas vezes leva à difícil percepção do que é o mobbing. Segundo Leymann (1996, como citado em Carvalho, G., 2010), o termo *bullying* deve de preferência aplicar-se aos casos de agressão em que está implícita a violência física, reservando o termo *mobbing* para os casos de assédio de carácter psicológico. “Fala-se de *bullying* essencialmente para descrever as humilhações, os vexames ou as ameaças que certas crianças ou grupos de crianças fazem outras crianças sofrer” (Hirigoyen, 2002, p. 70). O termo *mobbing*, segundo a maioria dos autores, restringe-se ao mundo laboral.

O interesse pelo *mobbing* ou assédio moral, tem vindo a ser crescente, sobretudo porque os seus efeitos são verdadeiramente arrasadores e afectam não só o intuito pessoal de cada um, mas igualmente as estruturas organizacionais do mundo laboral.

Também Hirigoyen (2002, p. 14-15), psiquiatra francesa quis estudar esta temática e concluiu que:

o assédio moral no trabalho define-se como sendo qualquer comportamento abusivo (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, pela sua repetição ou pela sua sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, pondo em perigo o seu emprego ou degradando o clima de trabalho.

A *recorrência* com que um acto ocorre, é determinante na percepção do conceito em causa. Além do bullying, o mobbing ou assédio moral não deve ser confundido com outros termos como: *stress*, conflitos, brutalidade dos gestores, agressões ocasionais, outras formas de violência (física ou sexual), más condições profissionais ou outro tipo de constrangimentos.

O assédio moral é muito mais que stress, já que este surge quando a pessoa visada toma noção da maldade da qual é alvo com consequências bastante nefastas a nível psíquico. “É certo que as condições de trabalho se tornam cada vez mais duras: é preciso fazer sempre mais, fazer melhor (...) tudo isto vai criar stress; todavia o objectivo consciente da gestão (...) é (...) melhorar o seu desempenho” (Hirigoyen, 2002, p. 19-20). No assédio moral existe de facto uma *intenção de prejudicar*, onde se estabelece uma relação de dominador-dominado, em que um procura submeter o outro, fazendo-o perder a sua identidade. Não se trata pois, de uma relação simétrica como na existência de um conflito, em que se salienta uma igualdade teórica dos protagonistas do mesmo. Esta *assimetria de poder*, resulta da própria posição do agressor na relação entre os indivíduos, é habitualmente um estatuto de poder sejam eles a força física, antiguidade, a força do grupo, a popularidade ou nível hierárquico, podendo assim levar a cabo as suas condutas nefastas. Habitualmente o agressor dispõe ao seu alcance de mais recursos, apoios ou posição superior à da vítima, ainda que esta relação assimétrica de poder possa acontecer entre indivíduos que ocupam a mesma categoria profissional, porque na verdade existe sempre um pormenor que dá mais poder a um do que a outro.

A *manipulação* é o recurso ao alcance do agressor, para a concretização dos seus desejos, desprezando a liberdade do outro, permitindo-lhe aumentar o seu poder e os seus proveitos. Esta necessidade de infligir sobre o outro uma acção negativa com a intenção de lhe causar dano, prende-se muitas vezes com a não-aceitação do mesmo, *discriminando-o*, muitas vezes pelas capacidades que apresentam.

O género, a raça, a forma de vestir, de ser, de falar ou de reagir são factores determinantes para a inclusão ou exclusão num grupo, o que por vezes leva as pessoas a tentarem camuflar determinados comportamentos

e a disfarçar as suas diferenças, com a finalidade de serem aceites e fazerem parte do grupo. Infelizmente, o sistema laboral ainda assenta na ideia de tentar modelar à sua semelhança, as pessoas que não se encontram em conformidade (João, 2013, p. 8).

Os procedimentos de assédio moral são ocultos, dizem respeito a palavras, atitudes ou comportamentos que, quando percebidos em separado nada significam, mas quando repetidos e, de forma sistematizada podem tornar-se destruidores.

Carvalho G. (2010, p. 30) assegura que

(...) o mobbing ou assédio moral em contexto de trabalho caracteriza-se por uma ou várias condutas hostis e humilhantes por alguém mal-intencionado (sujeito/organização), de forma repetida e sistemática no local de trabalho, contra um ou mais trabalhadores, degradando as suas condições de trabalho e acarretando na vítima consequências graves.

Para Verdasca (2010, p. 66) o assédio moral no trabalho

(...) versa sobre comportamentos e práticas repetidas no tempo, dirigidas a um ou mais trabalhadores, consideradas indesejáveis por parte dos mesmo, podendo ser empreendidos inconscientemente ou deliberadamente mas que, claramente, causam humilhação, ofensa e angústia e, adicionalmente podem interferir com o desempenho do trabalho e causar um ambiente de trabalho desagradável, tenso ou mesmo hostil.

A repetição e sistematização das condutas, é fundamental para se perceber este fenómeno, como demais se percebe nos conceitos atrás transcritos. “A vivência de mobbing no local de trabalho caracteriza-se por determinados comportamentos que ocorrem com uma certa frequência com o intuito de humilhar e afectar a dignidade da vítima” (João, 2013, p. 10).

Do exposto percebem-se alguns **elementos fundamentais** (Verdasca, s.d.):

- Frequência – refere-se a comportamentos repetidos e persistentes;
- Duração – uma característica do assédio moral é a sua natureza prolongada;
- Desequilíbrio de poder - a vítima tem dificuldade em defender-se com sucesso, pelos seus próprios meios, face às atitudes agressivas de que é alvo, dado o desequilíbrio de poder que existe entre a vítima e o agressor.
- Conflito Interpessoal – é um fenómeno de natureza interpessoal, o qual decorre da interacção entre dois indivíduos ou entre um ou mais indivíduos num grupo.
- Natureza dos comportamentos – o assédio envolve comportamentos negativos, agressivos e hostis. Normalmente as vítimas são expostas a insultos ou comentários

ofensivos, criticismo persistente, abusos pessoais ou mesmo físicos, de exclusão social.

Além destes, os vários autores acreditam ainda que a *intencionalidade* das condutas é uma característica inerente a este fenómeno e que habitualmente parte do agressor. Peña (2010 cit in João, 2013, p. 9) "(...) reforça que o mobbing é um conjunto de comportamentos destinados a um fim e que esses comportamentos se realizam consciente e voluntariamente." Alguns desses comportamentos e, que delimitam um caso de mobbing são:

- Pressão exercida no contexto laboral com a finalidade de levar à auto-eliminação do trabalhador (baixa médica ou saída da instituição);
- Humilhação (seja por riso ou conversas dissimuladas);
- Existência de vínculo laboral entre o agressor e a vítima;
- Realização de pressão no local de trabalho;
- Intencionalidade de causar dano psicológico;
- Prolongamento da agressão no tempo.

Para Rivera (2005), assédio moral ou psicológico é o nome que se atribui a todo o maltrato contínuo, repetitivo, intenso e intencional num contexto do qual é difícil escapar. Algumas das acções levadas a cabo para conceber esse dano passam por: criticar, ridicularizar e perseguir uma pessoa; induzir sentimentos negativos como o medo, desanimo, preocupação e insegurança e, interferir nas suas dinâmicas mentais, dificultando as suas actividades e tarefas.

O conhecimento destas características, permite não só delimitar o conceito, como facilitar a sua compreensão e diferenciação em relação a outros problemas que podem, da mesma maneira, acontecer no ambiente de trabalho.

A Constituição Portuguesa, procurou salvaguardar casos semelhantes a este tipo de violência no seu local de trabalho. Deste modo, pela lei portuguesa,

Entende-se por assédio o comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em factor de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afectar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou destabilizador (Decreto-Lei n.º 7, 2009, p. 934).

Apesar da grande variedade de conceitos atribuídos ao estudo desta temática, todos são concordantes quando referem que o mobbing ou assédio moral diz respeito a um

conjunto diverso de condutas, que ocorrem de forma persistente e subtil, por um trabalhador ou mais, contra outro e, capazes de lhe causar dano ao nível da sua saúde física e mental, consequências danosas como se poderá perceber num capítulo mais à frente.

Trata-se de um síndrome psicossocial complexo, criado por uma interacção de dinâmicas geradas pelo agressor, a vítima e por um grupo ao qual ambos pertencem (Rivera, 2005).

2.1 Protagonistas de Mobbing: Agressor, Vítima e Espectadores

Este fenómeno anónimo inicia-se na maioria das vezes quando a pessoa objecto de mobbing começa a ser criticada pela forma como desempenha o seu trabalho. E, o que inicialmente parece inofensivo, torna-se uma situação angustiante para a vítima que inesperadamente fica indefesa a tais ataques. Como refere Fornès (2002), ocorrem uma série de acontecimentos deliberados por parte do agressor e, que se destina a causar ansiedade na vítima, de tal modo que chegam a desacreditá-la e estigmatizá-la no seu ambiente de trabalho, levando-a ao limite com desequilíbrio psicológico e até mesmo conduzindo-a ao abandono do trabalho.

Daqui consegue perceber-se dois intervenientes deste processo de assédio moral: *agressor (mobber)* e *vítima (mobbed)*. Ainda assim, para que mobbing aconteça, implica a existência de um terceiro interveniente e, não menos importante, já que de igual modo possibilitam que o abuso psicológico aconteça - são eles os cúmplices deste maltrato, a quem designo de *espectadores (sighted mobber)*.

E segundo Hirigoyen (1999 como citado em Fornès, 2002, p.3) para que esta guerra psicológica aconteça são necessárias duas condições: “a) El abuso de poder y la manipulación perversa por parte del agresor; b) Una institución incompetente para resolver conflictos”.

Assim sendo, o *agressor* é aquele que é capaz de causar conflitos de pressão intensificados sobre o indivíduo. Pode ser provocado por uma pessoa ou um grupo de pessoas que escolhe o comportamento mais hostil com o intencional objectivo de causar dano, desconforto e mal-estar de alguém considerado menos influente. Carvalho, M. (2006, p. 42) refere que o agressor é “(...) uma pessoa que não mostra remorso ou qualquer tipo de culpa pelas consequências que a sua conduta provoca na vítima ou que acima de tudo não reconhece que o seu comportamento assuma qualquer sentido de reprovação (...)”

Muitos dos autores que estudaram este fenómeno, procuraram traçar um perfil do agressor, contudo como refere a Secretaría de Salud Laboral e Medio Ambiente de Union General de Trabajadores de Madrid (UGT- Madrid), num manual de prevenção de riscos laborais (2004-2007), o agressor não tem necessariamente uma personalidade patológica, conflituosa ou problemática, ainda que toda a sua conduta seja patológica e perversa. Aliás João (2013), tendo como base a opinião de diferentes autores, transmite a ideia de que o agressor é alguém cujo comportamento obedece a uma intenção de encobrir e dissimular as suas próprias deficiências, sejam eles sentimentos de medo e de insegurança. Peña (2010, cit in João, 2013) diz que o agressor receia perder privilégios e, é essa forte ambição que o leva a desejar a eliminação de quem se interpõe no seu caminho.

Acontece muitas vezes, que algumas pessoas reagem de modo inadequado e patológico, num esforço desesperado de manter o seu posto de trabalho, ou até mesmo uma posição de liderança e estatuto do qual depende a sua própria auto-estima. E, assim surge um agressor que pode ser na figura de um superior hierárquico ou na de um colega ou grupo de colegas.

Por sua vez, a *vítima* – o elemento sobre quem recai toda a ameaça, que sofre a hostilização, a humilhação, é inferiorizado e isolado do grupo o que na maioria dos casos acaba por comprometer a sua identidade e dignidade. Qualquer pessoa, pode vir a ser vítima de mobbing basta que para isso seja percebida como ameaça. Na maioria dos casos uma vítima de mobbing não é escolhida pela sua incompetência ou pela predisposição à fraqueza, pelo contrário são pessoas invejadas.

Segundo Hirigoyen (2002, p. 192) “(...) não há um perfil psicológico específico das pessoas assediadas, há incontestavelmente (...) contextos profissionais nos quais o assédio moral se desenvolve com mais facilidade.”

Muitos autores concordam que a vítima corresponde a alguém que congrega um conjunto de virtudes pessoais e profissionais, tornando-os brilhantes e atractivas que pode facilmente despoletar sentimentos de inveja, como já referido. Caracterizam-se por serem pessoas honestas, com valores éticos sólidos, altruístas, inteligentes, independentes, sensíveis, carismáticas e empáticas, com elevado sentido de cooperação (Carvalho, G., 2007, & Sindicato de Enfermaria, 2002 cit in João, 2013).

As manobras perversas induzidas pelo agressor sobre a vítima, com o intuito propositado de prejudica-la e até mesmo apropriar-se de algo que não é seu, fragilizam emocionalmente a vítima, tornando-a insegura e, mesmo numa tentativa de encontrar uma solução, acaba por adoptar comportamentos induzidos pelo agressor.

Contudo, isto só continua acontecer porque mesmo quem rodeia estes dois intervenientes o permitem. Fala-se claramente dos *espectadores*. Segundo Carvalho, G. (2007) os espectadores são as pessoas que presenciam diariamente este fenómeno. Quando estes não denunciam o assédio moral que se faz sentir sobre a vítima, estão a facilitar que esse abuso se perpetue por um longo período de tempo, fazendo com que o agressor se sinta encoberto. Izquierdo (2012) considera que estes cúmplices são pessoas desejosas de agradar aos outros, muitas vezes inseguras e indecisas acabando por se submeter a influência de outros. Martinez Lugo (2006) e Penã (2010) cit in João (2013, p. 34 e p. 35) consideram que as testemunhas de mobbing desempenham muitas vezes este papel de espectadoras por medo de serem as próximas vítimas – testemunhas não mudas, “(...) não participam na agressão psicológica directamente, mas também não intervêm (...)”. Por outro lado existem “as testemunhas mudas ou coagressoras são as que se convencem de que a vítima é alguém perigoso sobre quem deverá exercer pressão psicológica para neutralizá-la ou excluí-la”.

Os agressores aproveitam-se das características das vítimas em seu próprio benefício, exercendo igualmente a sua influência sobre aqueles que presenciam o assédio.

Seja como for que o assédio moral aconteça, ele é resultado de uma relação assimétrica entre duas ou mais pessoas, onde quem assiste não interfere para findar o fenómeno, podendo levar às mais terríveis consequências.

2.2. Métodos de Mobbing

O mobbing ou assédio moral, não é um fenómeno com rosto, pois pode afectar qualquer um, em algum momento. O que se tem certeza é que a agressão psicológica exercida sobre uma pessoa e, aceite pelos demais, pode trazer consequências irreversíveis, sobretudo para quem é vítima ou alvo desta ameaça.

Seja como for, e como já referido anteriormente, o assédio moral assenta numa assimetria de poder e pode ser: horizontal, descendente, misto e ascendente. Independentemente do ponto de partida, o método é sempre o mesmo: alguém tem intenção desleal de eliminar outra, mediante todo o tipo de estratégias perversas e esse comportamento acaba por ser aceite pelo grupo (seja por terem personalidades inseguras, seja por essa situação lhes ser igualmente conveniente ou ainda por receio de serem elas próprias vítimas) (Fornès, 2002)

Face ao atrás descrito, o *mobbing horizontal* é aquele em que um grupo de trabalhadores se constitui como um indivíduo, como refere Guimarães e Rimoli (2006, p.187) “ (...) o grupo aparece com uma nova identidade que tem seu próprio comportamento.” Assim, o assédio acontece sobre um colega do mesmo nível hierárquico.

Este poderá ocorrer por problemas pessoais ou porque alguns membros do grupo de trabalho não aceitam as normas (...). O facto de existirem pessoas com comportamento frágil, ou diferentes a nível psíquico ou físico, poderá levar os “maus” colegas a querer explorar essas diferenças com o intuito de magoar o outro (João, 2009, s.p).

O *mobbing ou assédio descendente* é aquele que provém de um superior hierárquico e, talvez por isso aquele que acarreta consequências mais graves, como o diz João (2009, s.p.). A pessoa que exerce o seu poder, fá-lo através de insultos, desprezo e falsas acusações, perturbando psicologicamente a sua vítima e assim destacar-se perante os restantes subordinados, mantendo com estas atitudes a sua posição hierárquica ou então como parte de uma estratégia empresarial que leva ao abandono “voluntário” por parte do trabalhador, evitando os custos económicos de um despedimento.

O *assédio misto* “(...) ocorre quando a vítima sofre agressão tanto de colegas com igual posição na hierarquia da instituição, como de superiores ou empregadores” (João, 2013, p. 29). Este pode acontecer quando o assédio horizontal se prolonga no tempo e se assume como assédio vertical descendente, já que o empregador não faz nada para resolver a situação e torna-se cúmplice do agressor, por omissão.

Por último de salientar o *mobbing ou assédio ascendente*, aquele que acontece quando uma pessoa pertencente a um nível superior hierárquico é assediado por um dos seus subordinados (João, 2009). Isto pode ter início, quando alguém de fora é introduzido na empresa num cargo hierárquico superior o que não agrada aos restantes trabalhadores, seja por não apreciarem os seus métodos, seja por desejarem o seu cargo. Segundo Guimarães e Rimoli (2006) outra situação que pode conduzir a este tipo de Mobbing é quando um dos trabalhadores é levado assumir um cargo de responsabilidade, enaltecendo desta forma as suas capacidades de organização e liderança, em relação aos seus anteriores colegas.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), cit in Saraiva e Pinto (2011) destaca uma série de métodos utilizados para que o Assédio Moral tenha lugar, nomeadamente: todas as medidas que se destinam a excluir uma pessoa de uma actividade profissional; ataques persistentes e negativos ao rendimento pessoal ou profissional sem razão; manipulação da reputação pessoal ou profissional através de rumores e ridicularização;

abuso de poder através do menosprezo persistente do trabalho da pessoa ou atribuição de actividades impossíveis; controle inapropriado do rendimento de uma pessoa.

Segundo Leymann (1990), não existe se não um diverso número de hipóteses para que o mobbing aconteça, contudo identifica algumas fases que habitualmente dão origem a estes processos:

1ª) Fase de conflito: muitos dos conflitos interpessoais que se geram entre pessoas com interesses e objectivos distintos ou até mesmo incompatíveis podem conduzir a problemas pontuais que quando não resolvidos podem estigmatizar-se e conduzir a uma quebra nas relações, podendo iniciar a escalada de acontecimentos.

2ª) Fase de mobbing ou de estigmatização: nesta fase são colocados em prática pelo assediador, todas as estratégias de humilhação da vítima "(...) these actions are used consistently and systematically over a long period, with the intention of causing damage (or putting someone out of action)" (Leymann, 1990, p. 121).

Estas condutas têm formas de expressão muito variadas e podem ir desde ataque à vítima através de medidas organizacionais, ao isolamento social, aos ataques à vida privada, violência física, agressões verbais e divulgação de falsos rumores.

3ª) Fase de intervenção da direcção: neste momento a vítima está abalada e começam a fazer sentir-se no seu trabalho, todos os abusos sofridos por um longo período de tempo. "As suas tarefas são mais difíceis, mais aborrecidas e menos valorizadas. Muitas vezes ela é isolada e não lhe é pedido qualquer apoio em decisões" (João, 2013). A direcção da empresa (geralmente o departamento de recursos humanos) ao tomar conhecimento desta situação pode procurar actuar de duas formas distintas: solução positiva do conflito, em que há uma investigação acerca da situação e procura não só afastar o assediador como identificar as estratégias de humilhação utilizadas; e, solução negativa do conflito, em que a vítima é encarada como o problema a resolver, destacando as características individuais distorcidas e manipuladas. A empresa junta-se assim ao meio que assedia passiva ou activamente a vítima. Facilmente se percebe que, existem os perseguidores activos, fiéis e persistentes que recorrem a todo o tipo de comportamentos hostis para desmoralizar e enfraquecer o outro e, os restantes que não participam activamente no processo, mas tão pouco estão disponíveis para ajudar (Sá, 2008).

4ª) Fase de marginalização ou exclusão da vida laboral: esta última fase tem lugar quando a vítima abandona o seu emprego, encerrando todo este processo de assédio. Provavelmente isto sucede após uma série de licenças que o afastaram por vários e longos períodos do seu local de trabalho. As consequências para a saúde são terríveis, o

sentimento de fracasso vai-se apoderando da vítima e, em casos extremos o sofrimento contido por um período tão longo, pode levar ao suicídio (Guimarães & Rimoli, 2006).

As interações entre o assediador e o assediado podem variar grandemente de uma situação para outra. Neste processo, são muitos e diversos os métodos que o agressor utiliza para inferiorizar e causar prejuízo à sua vítima. Desde a manipulação da comunicação, à reputação e a manipulação do trabalho do indivíduo, todas estas são métodos utilizados pelo agressor.

Leymann (1996), como citado em João (2013), descreveu 45 condutas de mobbing, que posteriormente dariam origem à escala validada pelo próprio (LIPT 45). Cada uma dessas estratégias ou condutas de assédio são procedimentos que contém práticas que visam afectar a vítima de diferentes modos:

- Procedimentos que visam impedir a vítima de se exprimir:
 - o superior hierárquico recusar à vítima a possibilidade de se exprimir;
 - a vítima ser constantemente interrompida;
 - os colegas impedirem a vítima de se exprimir;
 - os colegas gritarem, injuriarem a vítima;
 - criticar o trabalho da vítima;
 - aterrorizar a vítima com chamadas telefónicas;
 - ameaçar a vítima verbalmente;
 - ameaçar a vítima por escrito;
 - recusar o contacto (evitar o contacto visual, gestos, etc.);
 - ignorar a presença da vítima.
- Procedimentos que visam o isolamento da vítima:
 - não dirigir a palavra à vítima;
 - atribuir à vítima um posto de trabalho mais afastado e isolá-la dos seus colegas;
 - proibir os seus colegas de lhe dirigirem a palavra;
 - ignorar a sua presença.
- Procedimentos que visam a desconsideração pessoal ou profissional da vítima junto dos colegas:
 - censurar a vítima ou caluniá-la;
 - lançar rumores falsos a seu respeito;
 - fazer troça, ridicularizá-la;
 - alegar que a vítima sofre de doença mental;
 - tentar obrigar a vítima a realizar um exame psiquiátrico;
 - ridicularizar uma enfermidade que a vítima possa ter;
 - imitar o modo de andar, a voz, os gestos da vítima para melhor a ridicularizar;

- atacar as suas convicções políticas ou as suas crenças religiosas;
- fazer troça das suas origens, da sua nacionalidade;
- atribuir-lhe um trabalho humilhante;
- anotar/vigiar o trabalho da vítima injustamente e de forma mal-intencionada;
- colocar em questão, contestar as decisões da vítima;
- injuriá-la com termos obscenos ou degradantes;
- assediar sexualmente a vítima (gestos ou propósitos).
- Desacreditar a vítima no seu trabalho:
 - não confiar mais nenhuma tarefa à vítima;
 - impedir as suas iniciativas, não lhe permitir desenvolver as suas ideias;
 - obrigar a vítima a realizar tarefas totalmente inúteis e/ou absurdas;
 - sobrecarregar a vítima de tarefas inferiores às suas competências;
 - dar à vítima constantemente novas tarefas;
 - obrigar a vítima a realizar tarefas humilhantes;
 - confiar à vítima tarefas que exigem qualificações muito superiores às da sua competência de forma a desacreditá-la.
- Comprometer a saúde da vítima:
 - obrigar a vítima a realizar trabalhos perigosos ou prejudiciais à saúde;
 - ameaçar a vítima com violência física;
 - agredir a vítima fisicamente, mas sem gravidade, a “título de aviso”;
 - agredir a vítima fisicamente, violentamente;
 - ocasionar violentamente despesas à vítima com a intenção de a prejudicar;
 - ocasionar estragos em casa da vítima ou no seu local de trabalho;
 - agredir sexualmente a vítima.

A metodologia utilizada pelos agressores, visa em qualquer dos casos destabilizar as vítimas. Hirigoyen (2002, p. 94) de maneira diferente de Leymann agrupou esses procedimentos hostis em quatro categorias: 1) Atentados às condições de trabalho, categoria constituída por todos os comportamentos de contestação sistemática de todas as decisões tomadas pela pessoa visada, críticas exageradas ou injustas ao seu trabalho, atribuição sistemática de tarefas que ultrapassam a sua competência. Procura colocar-se a pessoa visada em falta para a fazer parecer incompetente, podendo a partir daí dirigir-se-lhe todo o tipo de recriminações e, arranjar desculpas ideais para as afastar. Segundo a autora, “estes procedimentos são, com frequência, os primeiros a evidenciarem-se, quando o assédio moral parte da hierarquia”; 2) Isolamento e Recusa de comunicação, são procedimentos sentidos dolorosamente pela vítima, mas banalizados pelo agressor, passa

por colocar as vítimas de parte, recusar falar-lhe, não o convidar para fraternizações no próprio serviço; 3) Atentados à dignidade, comportamentos de troça, gestos de desprezo, atitudes de desqualificação, muitas vezes notados por todos, mas a vítima é tida como responsável por eles, habitualmente são dirigidos por colegas invejosos; 4) Violência verbal, física ou sexual, este é o tipo de violência que surge quando o assédio já está instalado e é detectável por todos. Neste casos a vítima está amplamente estigmatizada como “paranóica” e as suas queixas não são ou ouvidas, ou as próprias testemunhas receiam prestar o seu apoio e denunciar o caso.

O assédio moral ou mobbing é um processo complexo, tal como o são todas as relações humanas. Em qualquer dos casos, existe um desejo por parte do agressor em submeter o seu poder e controlar o outro, com o contributo activo/passivo dos observadores, que não intervém mesmo perante a injustiça da situação.

2.3. Causas e Consequências

Tem sido demonstrado nos capítulos anteriores, que o Mobbing tem efeitos devastadores na vida daqueles que interpela. Esta conduta abusiva no local de trabalho tem repercussões na integridade física e psíquica do indivíduo que é vítima. Em muitos casos, devem-se a situações de competitividade e luta pela sobrevivência, motivada pela pressão e exigências das próprias empresas para ganhos na produtividade.

A procura por explicações e soluções para este tipo de violência, ainda assim é um desejo natural da maioria das pessoas. Segundo Guimarães e Rimoli (2006, p. 188) variáveis individuais, situacionais e organizacionais são entendidas como “factores contribuintes” para o aumento da probabilidade de ocorrência da violência num ambiente de trabalho.

Para Leymann (1996) e Luna (2002) cit in Carvalho (2007), destacam-se uma pluralidade de factores tais como: organização de trabalho deficiente; dificuldades na gestão de conflitos; carga excessiva de trabalho; insatisfação no trabalho; elevado grau de competitividade; menor estabilidade no trabalho e uma situação laboral precária; recursos humanos e materiais precários e as tarefas monótonas e com pouca autonomia.

Para Hirigoyen (2002), cit in Carvalho (2007, p. 46) “ (...) para além de uma má organização, o predomínio de um elevado nível de stress e também práticas de gestão pouco claras e por vezes perversas podem gerar comportamentos individuais perversos.”

Outras causas são apontadas pela mesma autora, fazendo referência a um estudo de Piñuel e Zabala (2001): resistência face ao assediador; ausência de servilismo e submissão; ciúmes por parte do assediador, devido a uma competência laboral extraordinária; inveja suscitada pelas habilidades sociais da vítima; por desmascarar situações que se manifestam como ilegais ou ilícitas; personalidade cruel e doente por parte do assediador. Estas todas identificadas pelas próprias vítimas de assédio.

A Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002), cit in João (2013) aponta como factores que aumentam o risco de assédio moral, como os seguintes: a inexistência de uma cultura organizacional que não sanciona os comportamentos de assédio ou que não os reconhece como um problema; alterações súbitas na organização; insegurança no emprego; relações insatisfatórias entre os trabalhadores e as chefias, bem como, um baixo nível de satisfação relativo à liderança organizacional; relações insatisfatórias com os colegas; exigências de trabalho excessivas; deficiências na política de pessoal e inexistência de uma cultura organizacional; agravamento dos níveis de stress laboral; conflitos ao nível das funções desempenhadas.

Outras ainda que surgem como causas possíveis referem-se à falta de procedimentos justos e eficazes de promoção profissional; o prolongamento e má gestão do tempo de trabalho, o que aumenta a fadiga e a tensão nervosa (sobretudo nos trabalhos por turno e, para todos os profissionais que trabalham em horário nocturno); elevada idade média dos trabalhadores, associada a uma noção de redução de capacidades para o trabalho.

Comprova-se pois que as causas responsáveis por este tipo de fenómenos são diversas e multifacetadas, como já referido com carácter individual, cultural, organizacional e inclusive psicossocial. Naturalmente, não deixa de estar associada uma falta de valores onde o ser humano se destaca com, cobardia, frieza e crueldade, capazes de causar no seu próximo a sua destruição. “Certamente que é incontestável que existem sistemas perversos que favorecem o aparecimento de assédio moral, mas ter em atenção os sistemas não obsta a que se tenha em atenção as pessoas” (Hirigoyen, 2002, p. 162).

Essa “destruição” pode acontecer de diversas formas, daí a importância de referir as consequências a que estão sujeitas as vítimas de Mobbing.

De acordo com Hirigoyen (2002, p. 139) numa fase recente do assédio, este faz-se sentir mediante sintomas em muito semelhantes aos do stress, nomeadamente as designadas perturbações funcionais como: cansaço, enervamento, perturbações do sono (insónias e/ou pesadelos), dores de cabeça, problemas digestivos, lombalgias, palpitações,

tremores, dificuldades respiratórias, desmaios... “É a resposta do organismo a uma hiper-estimulação e uma tentativa de adaptação do sujeito para enfrentar a situação. Contudo, ao stresse que tem origem numa situação de assédio moral, vem acrescentar-se um sentimento de impotência e de humilhação (...).” Se esta hiper-estimulação, cessar atempadamente a vítima tem possibilidades de recuperar completamente desta situação reencontrando o seu equilíbrio. As perturbações psicossomáticas diversas podem verificar-se em 52% dos casos.

Cada ser humano, como individual e característico que é, não reage da mesma forma ainda que perante a mesma situação ou vivência. É por isso também que, as consequências sentidas pelas vítimas de assédio moral podem ser muito distintas de indivíduo para indivíduo, ainda que para a maioria dos casos possam chegar a ser devastadoras. Desde a sintomatologia psicossomática já referida, outras alterações psicológicas podem surgir: dificuldades de concentração e memória, irritabilidade, sentimento de ameaça, medo, ansiedade, diminuição da auto-estima, reacções paranóicas.

Di Martino (2002) cit in em Guimarães e Rimoli (2006, p. 188)

(...) refere que várias pesquisas constataram um aumento de stresse e tensão e diminuição do bem-estar psicológico, resultantes do processo de mobbing. Estes elencam os principais efeitos adversos da violência psicológica na saúde: ansiedade, depressão, sintomas psicossomáticos, agressividade, desconfiança, prejuízos cognitivos, tais como, dificuldade de concentração ou de pensar claramente, reduzida capacidade para a resolução de problemas, isolamento e solidão, deterioração das relações interpessoais e transtorno por stresse pós-traumático.

Podem ainda verificar-se condutas sociais com tendência para a adição (consumo de drogas, tabaco e álcool), condutas autolesivas (conflitos familiares, divórcios e suicídios), transtornos obsessivos, bipolar e depressão (Saraiva & Pinto, 2011).

Há de facto uma perda de equilíbrio seja ele físico e/ou emocional da vítima, conduzindo ao estado de doença que muitas vezes a leva afastar-se do seu local de trabalho, com recurso a “baixas” médicas ou solicitando dispensa de serviço. “No entanto, estas ausências por doença no local de trabalho são utilizadas pelo agressor de modo a promover cada vez mais, uma imagem negativa da vítima” (João, 2013, p. 41).

Mais especificamente, pode dizer-se que as consequências de um fenómeno como o mobbing ou assédio moral ocorrem ao nível da esfera individual, organizacional e social.

No âmbito Individual, são muitos os estudiosos (Leymann, Mikkelsen & Einärsen, Matthiesen & Skogstad, O'Moore et al.) que comprovaram nas suas pesquisas que a vítima alvo de assédio moral transforma as suas percepções face ao ambiente de trabalho e em relação á sua vida em geral, em situações ameaçadores, abarcando medo, perigo, auto-questionamento. Esta exposição, dá muitas vezes lugar a problemas psiquiátricos, psicossomáticos e emocionais, levando em casos mais graves ao suicídio (Verdasca, 2010).

De acordo com Piñuel (2001) num estudo realizado por si revelou que cerca de 5,5% da população inquirida declarou sofrer de algum tipo de perturbação psicológica que atribuem ao abuso moral no trabalho. Em vítimas de mobbing, conseguiu estabelecer seis grupos de efeitos nefastos na sua saúde física:

- 1) Efeitos Cognitivos e Hiper-reacção psíquica: esquecimento e perdas de memória; dificuldades de concentração; abatimento/depressão; apatia/falta de iniciativa; irritabilidade; inquietude/nervosismo/agitação; agressividade/ataques de raiva; sentimentos de insegurança e hipersensibilidade às demoras.
- 2) Sintomas Psicossomáticos de stress: pesadelos; dores de natureza diversa; diarreias/problemas intestinais; vómitos, náuseas, falta de apetite, sensação de nó de garganta; choro e isolamento.
- 3) Sintomas de desajuste do Sistema nervoso autónomo: dores no peito; sudorese; secura da boca; palpitações; sensação de falta de ar e hipertensão/hipotensão.
- 4) Sintomas de desgaste físico provocado por um stress mantido durante muito tempo: dores nas costas (dorsais, lombares e cervicais) e dores musculares.
- 5) Transtornos do sono: dificuldade para conciliar o sono; sono interrompido; despertar antecipado.
- 6) Cansaço e fraqueza: fadiga crónica; fraqueza nas pernas; debilidade; desmaios; tremores.

Se o assédio (...) se prolonga no tempo ou aumenta de intensidade, pode instalar-se um estado depressivo grave. A pessoa assediada apresenta então um estado de humor triste, um sentimento de desvalorização ou de culpabilidade excessivo ou inadequado, a perda de qualquer desejo e falta de interesse por tudo o que a interessava até então (Hirigoyen, 2002, p. 139).

Em estudos efectuados pela autora, cerca de 69% dos inquiridos apresentaram um estado depressivo grave; 7% um estado depressivo moderado e 24% um estado depressivo ligeiro.

O assédio moral deixa marcas indeléveis, uma das quais, como já referido pode ser o stress pós-traumático. “O diagnóstico de stress pós-traumático refere-se a uma constelação de sintomas de stress tipicamente exibido pelas vítimas de eventos especialmente traumáticos (...)” (Einärsen & Mikkelsen, 2003, cit in Verdasca, 2010, p. 150). Esta perturbação é estigmatizada pela constante vivência das cenas de violência e de humilhação sentidas através de pensamentos, imagens, emoções que, inevitavelmente a vítima não consegue esquecer, fazendo-a inclusive ter pesadelos de noite. “A evocação das cenas violentas mantém-se dolorosa durante largo tempo, por vezes para sempre” (Hirigoyen, 2002, p. 145). A pessoa é perseguida por toda a experiência vivida.

Como refere João (2013), a manifestação dos sintomas de stress pós-traumático não ocorrem necessariamente em simultâneo com a vivência de mobbing, podendo sim manifestar-se mais tardiamente, numa fase em que agressão terá findado.

Naturalmente, todos estes transtornos sentidos pela vítima após o assédio moral têm repercussões na sua personalidade, modificando-o tanto em comportamentos como atitudes no âmbito profissional e pessoal/familiar. Os indivíduos tornam-se menos capazes de lidar com as exigências profissionais e, igualmente com as exigências da sua vida quotidiana.

Todos estes problemas sentidos, passam para a esfera familiar já que a vítima tem tendência para descarregar as suas frustrações e problemas vividos no local de trabalho para a sua família. Acontece desta forma em todas as relações e, mais ainda quando o problema é algo tão sério como ser-se vítima de assédio moral ou mobbing. Sanchez (2003) cit in João (2013, p. 44) “ (...) a irritação, a crescente agressividade e o desapego familiar manifestados constantemente provocam rupturas conjugais, bem como o abandono de familiares e amigos.”

Não deixa de ser inevitável, que todas as consequências sentidas, tenham repercussões ao nível organizacional. De uma forma geral, os efeitos do assédio moral nas empresas afecta sobretudo a produtividade e a qualidade do trabalho desempenhado.

Os efeitos mais frequentemente encontrados, quer ao nível cognitivo, quer comportamental e atitudinal são: dificuldades de concentração na realização de tarefas, insegurança e falta de iniciativa, reduzida satisfação no trabalho, diminuição do nível de motivação e diminuição do nível de criatividade no desempenho das tarefas (Verdasca, 2010, p. 155).

Este impacto negativo causado pelos referidos efeitos, traduz-se organizacionalmente em: redução do nível de desempenho na realização do trabalho, aumento do nível de absentismo, rotação de pessoal e quebras de produtividade, diminuição

do nível de coesão em termos do grupo de trabalho e custos legais, imagem negativa da própria organização/instituição, sobretudo nos casos em que a vítima recorre à justiça.

Além destes, Peña (2010) cit in João (2013, p. 45) admite que surgem outros problemas, designadamente: mau ambiente laboral, diminuição da criatividade, perda de motivação ou interesse, perda de pessoas com grande valia, íntegras e honradas, aumento do absentismo e de baixas laborais, aumento das consultas no serviço médico. Quando existem problemas de assédio no local de trabalho, em muitos dos casos o pedido de transferência do serviço, surge como solução mais óbvia e exequível, contudo que leva um longo período de tempo a ser alcançada. Neste caso, a vítima não tem outro remédio se não o de recorrer ao atestado ou baixa médica, como forma de se proteger de tal agressão (Hirigoyen, 2002).

No que diz respeito às consequências sobre a esfera social, pode dizer-se que a vítima do assédio moral jamais intervirá na sua vida social da mesma forma, uma vez que muito do que pensava, acreditava ou sentia terá sido destruído. São evidentes, o mal-estar nas relações laborais, agressividade e irritabilidade manifestada pelas vítimas, perda de interesse em projectos, abandono de responsabilidades e compromissos familiares, transtornos médicos e psicológicos com repercussões no seio familiar, alteração da afectividade e muitas vezes conduz a separação matrimonial. João (2013, p. 46) acrescenta ainda que “as consequências advindas de mobbing atingem uma componente social, na medida em que o Estado torna-se responsável pelos custos advindos de problemas de saúde, de baixas prolongadas e de aposentações precoces.”

O mobbing apresenta como denominador comum o facto de se tratar de uma conduta persecutória repetida e prolongada, cujo desgaste da resistência física e psíquica do trabalhador é praticamente inevitável (Redinha, 2003). A vítima de mobbing, como fica comprovado e descrito, é estigmatizada de diversas formas e, ainda que esta possa ser uma experiência subjectiva acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. Os custos são consideráveis e reflectem-se de forma imediata e geralmente duradoura nas relações interpessoais, na relação com o emprego e mais grave em termos de saúde.

2.4. Estratégias face ao Mobbing

“Percebeu-se que o mobbing influencia directamente na subjectividade e afectividade do trabalhador, prejudicando visivelmente as relações sociais e, enquanto trabalhadores (...)” (Moura & Saraiva, 2009, p. 56). Por esta mesma razão, ao pensar-se na resolução de

situações de mobbing há que considerar uma abordagem multidisciplinar, tendo em vista as pessoas (sejam elas vítima, agressor ou cúmplice), a empresa e uma legislação laboral que contemple o problema.

Para Hirigoyen (2002, p. 250), numa primeira fase deve sugerir-se à vítima para falar com alguém acerca da situação pela qual está a passar, porque assim poderão juntos analisar todo o acontecimento e determinar se, se trata efectivamente de assédio moral e qual o melhor caminho a seguir. Ainda assim, a autora reconhece ser bem diferente a dificuldade de definição de estratégias, quando se trata de casos de abuso por parte dos gestores, em que o restante grupo se pode apoiar ou, de um assédio a título individual, que é muito mais insidioso. “A forma de se ocupar do caso será diferente, tal como o serão os intervenientes.”

Seguindo a linha de pensamento da mesma autora, quando se trata de brutalidade por parte dos gestores ou chefias a todo um grupo, não há outra solução que não seja a colectiva. “Os assalariados devem unir-se para pôr cobro a este comportamento patológico e convocar a inspecção do trabalho e os sindicatos” (Hirigoyen, 2002, p. 250). Pelo contrário, quando diz respeito a maus tratos morais infligidos a uma pessoa isolada “ (...) estas precisam de procurar ajuda, por si próprias, junto de diferentes especialistas” (Hirigoyen, 2002, p. 251).

Contudo, as vítimas de assédio moral tem tendência para desvalorizar o fenómeno, considerando que é uma situação que com o passar do tempo irá passar, o que de todo não acontece uma vez que a intensidade das agressões a que estão expostas tendem agravar-se. De acordo com Piñuel (2005) cit in João (2013, p. 57), as vítimas apesar de conscientes de sofrerem mobbing, muitas vezes não fazem valer os seus direitos, nem falam das agressões que vivem no local de trabalho ou, quando o fazem já é tardiamente. Essa não acção acontece, na maioria dos casos porque as vítimas: receiam que ninguém as entenda e as desvalorize; receiam que ao colocar em curso uma acção legal isso possa reduzir as suas possibilidades profissionais futuras; temem que a denúncia aumente a intensidade do ataque; chegam a sentir-se culpadas pela manipulação sofrida pelo agressor; a sua própria personalidade é não confrontativa, pouco assertiva, o que a torna impassível face à agressão; temem as memórias dolorosas que podem advir da denúncia ou defesa legal pelos seus direitos; permanecem indefesas, com medo que as capacidades do agressor de mentir e manipular ultrapassem os seus recursos pessoais de fazer frente a este fenómeno; confiam pouco na resposta institucional perante a denúncia; receiam o destino laboral de outros trabalhadores vítimas de mobbing.

“Aun a pesar de todos los obstáculos para solucionar el fenómeno, es importante actuar para mantener la dignidad de la persona” (Fornés, 2002, p. 7). Existem várias formas de intervenção, todas elas pretendem objectivos básicos:

- Desactivação emocional: superar a negação do assédio, identificando-o e analisando-o enquanto problema que representa; canalizar a ira, raiva e ressentimento através do humor e compreensão.
- Organizar uma resposta eficaz: exteriorizar a culpa; passar da somatização à aceitação da dor; deixar a submissão para a autoafirmação assertiva.

Uma vez que o agressor procura destruir o indivíduo, através do assédio moral, um dos primeiros passos passa por restabelecer o equilíbrio psicológico da vítima para que assim se possa proteger e lutar pelos seus direitos e igualdade de condições perante o agressor. O apoio de pessoas próximas, familiares e amigos ou de outros profissionais é fundamental, mediante o reconhecimento da própria vítima de que tem razão, para ajudar a reencontrar o equilíbrio necessário para superação do problema.

Para Fornés (2002) algumas estratégias para superar o assédio moral são:

- Acreditar em si mesmo e nas suas capacidades;
- Identificar em que consiste a estratégia hostil;
- Tomar nota das provocações dos agressores e sua repetição no tempo, pessoas ou contextos;
- Acumular elementos que possam ser prova das ofensas ou agressões;
- Considerar as mensagens à letra;
- Ter especial cautela perante informação ou trabalhos pessoais;
- Aparentar indiferença perante os ataques, tornando-se capaz de ser imperturbável, de se tranquilizar e não reagir;
- Contestar com humor, mas sem ironia;
- Não entrar nunca na dinâmica e desqualificação do agressor;
- Procurar ajuda profissional para restabelecer o dano psicológico ou físico;
- Ser rigoroso e coerente nas actuações;
- Desenvolver a assertividade e fazer-se respeitar (não se calar perante os problemas, enfrentando os conflitos e expondo os seus desejos e opiniões);
- Participar nas reuniões, envolvendo-se nas decisões e evitando evoque de irresponsabilidade;
- Não assumir um volume de trabalho impossível de realizar;
- Procurar o apoio de pessoas de confiança: cônjuge, amigos, colegas de trabalho;

- Dar a conhecer o problema ao médico do trabalho, comité da empresa, sindicatos, etc.;
- Informar-se juridicamente e recorrer a solução legal, quando não existe outro modo de resolver a situação.

Outras sugestões de estratégias do que a vítima deve fazer, segundo Guimarães (2008) são:

- Dar visibilidade ao problema, procurando a ajuda dos colegas, principalmente daqueles que testemunharam o facto ou que já sofreram humilhações do agressor;
- Organizar-se o apoio é fundamental dentro e fora da empresa;
- Evitar conversar com o agressor sem testemunhas;
- Exigir por escrito, explicações do acto agressor e eventual resposta do mesmo e, permanecer com cópia dos documentos enviados para o departamento de Recursos Humanos;
- Procurar o sindicato e relatar o sucedido, assim como para directores e outros profissionais;
- Recorrer ao centro de referência em Saúde dos Trabalhadores.

Em Portugal, a Direcção-Geral de Saúde (2008, p. 1), determinou em circular informativa oficial, uma série de procedimentos interventivos que contribuem para abordagem (preventiva/resolutiva) de situações de violência contra os profissionais de saúde no seu local de trabalho, reconhecendo assim, que os contextos de prestação de cuidados de saúde podem gerar ambientes vulneráveis e facilitadores de actos de violência e, procurando colmatar uma lacuna existente. “(...) A qualidade do desempenho profissional, dos serviços e organizações de saúde constrói-se no seu dia-a-dia, em ambientes saudáveis, conscientes das suas capacidades para lidar com os diferentes riscos a que podem estar, ou vir a estar, expostos.” A proposta de “(...) medidas de promoção do combate à violência com ênfase na prevenção e no sentido de uma ‘tolerância zero para qualquer tipo de violência’ ”, é uma das prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

São propostas intervenções a nível macro (sociais, políticas e legais), meso (normativas com linhas orientadoras para dirigentes, profissionais de saúde e utentes, realçando as condições de trabalho e de acesso aos Serviços de Saúde) e micro (procedimentos de segurança, mecanismos de notificação de incidentes, formação em comunicação e resolução de conflitos, etc. Realça, ainda, a necessidade da existência de mecanismos para lidar com a violência quando ela acontece e sistemas de

apoio à vítima, de investigação do incidente e de responsabilização do agressor (Direcção-Geral de Saúde, 2008, p. 2).

Igualmente em 2011, foi também criada a Associação Portuguesa contra o Assédio Moral (APCAM), constituída por especialistas provenientes de diversas áreas disciplinares (Direito, Gestão, Saúde Ocupacional e Psicologia), com o objectivo de “ (...) promoção e desenvolvimento de todas e quaisquer actividades necessárias para lutar contra o assédio moral no local de trabalho ou terrorismo psicológico, quaisquer que sejam as formas por ele revestidas” (Verdasca, s.d., s.p).

As condutas de agressão são efectuadas de um modo subtil e dissimulado, na maior parte dos casos apenas o agressor e espectadores se dão conta da situação. Por esta mesma razão, é tão difícil uma acção no sentido de resolver e superar este problema. A vítima sente-se sozinha para lidar com o mesmo.

Para Guimarães e Rimoli (2006, p. 189) “dada a sua complexidade, abordagem do fenómeno social do mobbing requer um enfoque multidisciplinar, tanto em sua conceituação como na intervenção para prevenção e tratamento.” Essas intervenções podem realizar-se ao nível da resolução da situação de assédio moral e fazendo abordagem às consequências do assédio no próprio sujeito. No âmbito do primeiro, é necessário um eixo estratégico para abordagem do mobbing na própria instituição ou organização, nesse sentido o recurso a planos preventivos (de informação e formação), bem como a implementação de protocolos de acção, são parte importante na resolução do problema.

“Estes protocolos permitiriam orientar a abordagem dos seguintes aspectos: a) criar uma cultura organizacional que minimize e evite o mobbing; b) gerar estilos de gestão do conflito e de liderança participativos; c) dotar as potenciais vítimas de instrumentos de comunicação formal do problema na organização; e d) dispor de indicadores que circunscrevam a situação da organização com relação ao assédio psicológico, do mesmo modo dado aos acidentes de trabalho” (Guimarães & Rimoli, 2006, p. 189).

No campo da abordagem às consequências de mobbing, uma vez identificada a vítima de mobbing, esta carece de tratamento imediato, por isso mesmo “ (...) deverão intervir de forma coordenada e multidisciplinar, os profissionais que contribuirão para a resolução o problema – psicólogos, advogados, médicos, assistentes sociais, entre outros” (Guimarães & Rimoli, 2006, p. 189). O tratamento parte do diagnóstico psicológico e da sintomatologia apresentada, a partir do qual se define a melhor estratégia terapêutica a seguir, combinando com os serviços especializados do campo jurídico, para fazer frente aos complexos pormenores do procedimento ou acções legais a empreender.

“A concomitância das intervenções psicológica e jurídica, como medida para evitar que o dano continue avançando, possibilitará o fortalecimento da auto-estima e da identidade da pessoa, ajudando-a recuperar suas emoções positivas articuladas à percepção da auto-eficácia (Cisneros, Medina, Munduate & Dorado, 2000 cit in Guimarães & Rimoli, 2006, p. 189).

No que se refere a jurisdição portuguesa sobre a protecção relativamente ao assédio moral, Verdasca (2010) conclui que estão lançadas as bases para a definição de um quadro legal que permita salvaguardar os trabalhadores, ressalva porém a existência de um longo caminho a percorrer, no sentido de garantir aos trabalhadores a devida tutela legal de todos os seus direitos enquanto cidadãos organizacionais.

Como já referido anteriormente, na introdução do presente trabalho, é na forma do artigo 29º do Código de Trabalho (Lei n.º 7/2009), numa divisão autónoma intitulada de “Proibição de assédio” (no âmbito da subsecção III “Igualdade e não discriminação”), que a lei portuguesa garante a salvaguarda destas situações, ainda que de uma forma conceptual generalista. Assim a lei em causa, entende o assédio como um comportamento indesejado praticado em qualquer forma de acesso ao emprego ou local de trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou efeito de perturbar, constranger, intimidar, hostilizar, humilhar ou destabilizar a pessoa. E, de acordo com n.º 4 do mesmo artigo “Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto neste artigo.”

Segundo artigo da CGTP (s.d.), na profunda crise económica e social em que vivemos, são cada vez mais frequentes os casos de entidades patronais que assediam moralmente os seus trabalhadores, levando-os na maioria dos casos a situações de desespero que os fazem adoptarem medidas extremas. No entanto o trabalhador tem ao seu alcance algumas possibilidades: sanção contra-ordenacional; revogação do contrato individual de trabalho com justa causa por parte do trabalhador (ainda que seja o que a entidade patronal deseja) “ (...) e pedido de indemnização por danos patrimoniais e não patrimoniais, por até discriminatório, conforme o artigo 28º, por remissão do n.º 3 do artigo 29º do Código do Trabalho.”

No entanto, impõe a prova de intencionalidade ou do efeito da conduta, o que constitui a grande dificuldade para a vítima, sobretudo nos casos em que o assédio moral não se baseia em factor discriminatório (como o são a despersonalização, marginalização, desautorização, esvaziamento de funções...).

Essencial para o apuramento de uma situação assediante é a acumulação dos actos praticados e as consequências deles decorrentes. O fenómeno não é apreensível pela desagregação das diversas acções

agressivas, que por si só perdem intensidade e significado, mas apenas através da sua leitura global (Redinha, 2003, p. 8).

Seja como for, o assédio moral entende-se facilmente como um dos riscos emergentes para a saúde e segurança dos trabalhadores e, impera cada vez mais, reconhecer este fenómeno, identificá-lo, tratá-lo e, preveni-lo.

Nos últimos anos, o interesse quanto à temática do assédio moral no local de trabalho, tem vindo a atrair a atenção crescente de muitos investigadores, muito embora o caminho a percorrer ainda seja longo,

(...) no sentido da delimitação das suas fronteiras de actuação, especialmente úteis no âmbito de definição de políticas de intervenção, é de salientar que já se encontram ancorados os pilares fundamentais em termos conceptuais e metodológicos, bem como a sua delimitação em termos legais (...),

facilitando medidas efectivas de combate e minimização das consequências negativas inerentes, seja em termos individuais ou organizacionais (Verdasca & Pereira, 2011, p. 4).

3. Considerações Metodológicas

Todo o processo de investigação segue uma série de etapas, que cumpridas sequencialmente permitem desenvolver e concluir com sucesso a investigação. Depois da delimitação de um campo de interesse, é necessário considerar uma metodologia que se adequa à problemática.

A fase metodológica congrega meios e actividades próprias que permitem passar da concepção da investigação à sua operacionalização. No seu decurso “(...) a atenção do investigador é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados” (Fortin, 2009, p. 211).

3.1. Conceptualização do Estudo

Toda a investigação quando se desenrola pressupõe mais que a escolha de um tema a estudar. Acima de tudo é necessário levantar questões, é preciso identificar a problemática que suscita interesse e, que por não estar devidamente clarificada, nos conduz e motiva para a realização desse estudo. Com base num determinado objecto ou fenómeno e, à luz dos conhecimentos já produzidos, procura-se aprofundar saberes e conduzir a novas descobertas.

Os desafios do mundo do trabalho têm-se tornado cada vez mais densos e, exercem uma influência determinante em toda a estrutura laboral. Sobre esses desafios já são muitos os estudos existentes ainda assim, persistem dúvidas que importa explorar e esclarecer. As problemáticas sentidas nos locais de trabalho, além de afectarem o ambiente de trabalho, afectam igualmente a forma como cada um conduz o seu papel na instituição. É nesse sentido que urge conseguir combater esses problemas.

E, se pensamos que o contexto profissional de enfermagem é imune a estas circunstâncias, enganemo-nos porque alguns dos estudos efectuados acerca do mobbing ou assédio moral, focam o modo como este tipo de agressão afecta os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros.

Como refere Carvalho, G. (2010, p. 31) “a praxis de enfermagem, pelos factores inerentes ao seu exercício, possui características que levam a pensar que o mobbing possa ser propício”. A actual insegurança sentida, aliada às exigências cada vez mais constantes, onde a qualidade dos cuidados com menos recursos se ergue como objectivo institucional a cumprir, faz com que o medo se sinta nestes profissionais. É esta vulnerabilidade que muitas vezes abre caminho a qualquer forma de abuso psicológico, seja como vítima ou agressor.

Deste interesse particular surgiu a necessidade de perceber de que forma é que o mobbing está presente e, afecta os enfermeiros da instituição de saúde mais próxima da realidade do investigador.

Como título do trabalho de investigação em questão tem-se: Mobbing nos Enfermeiros. A pertinência deste estudo assenta pois, na indispensabilidade não só de identificar a existência de mobbing entre os enfermeiros mas, igualmente alertá-los para existência desta realidade num mundo onde a competitividade cerca os profissionais deste ramo.

Como referido, existem alguns estudos que deram o seu contributo fundamental no sentido de conceptualizar e operacionalizar o termo mobbing. Ainda assim, impera a necessidade de identificar este evento como uma realidade presente nos diferentes contextos profissionais, designadamente na enfermagem, conduzindo assim ao alerta fundamental que ajude a prevenir e a ultrapassar situações idênticas vivenciadas.

Para a sua concretização este estudo recorre à metodologia quantitativa, descritivo-correlacional, do qual resulta como questão preliminar a seguinte: existe mobbing nos enfermeiros?

3.2. Questões de Investigação

Uma questão de investigação “é um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p. 73). E, tal como a mesma autora refere as questões de investigação são mais precisas que a questão preliminar nesse sentido e, no âmbito do actual estudo formula-se as seguintes questões de investigação:

- Questão 1: Que percepção de mobbing têm os enfermeiros no seu local de trabalho?

- Questão 2: Quais as consequências mais frequentes do assédio moral percebido?
- Questão 3: Que estratégias são utilizadas mais frequentemente para superar o abuso psicológico sofrido?
- Questão 4: Quais as condutas de mobbing/assédio moral mais sentidas no local principal de trabalho?
- Questão 5: Em que medida as características sociodemográficas (género, idade e estado marital) influenciam as condutas de mobbing nos enfermeiros?
- Questão 6: Existe relação entre as características profissionais (formação profissional, categoria profissional, serviço actual, tipo de horário, vínculo laboral, tempo de profissão, tempo no actual serviço) e o mobbing sentido pelos enfermeiros?

3.3. Tipo de Estudo

Para esclarecer em pormenor o tipo de estudo em desenvolvimento, é importante delinear o desenho de investigação que servirá de plano a toda a investigação. Como refere Fortin (2009, p. 214) “o desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objectivos sejam atingidos”. Assim, estabelecendo um conjunto de directrizes tem-se que o presente estudo:

- Segue o caminho de uma investigação não experimental de natureza quantitativa, uma vez que procura estabelecer factos, colocar em evidência relações entre variáveis sem a sua manipulação, definindo-as de forma operacional. Além de que envolve uma recolha de dados junto de participantes criteriosamente seleccionados que, são analisados com a ajuda de técnicas estatísticas. Assim, os resultados são apresentados sob a forma de dados numéricos inseridos em quadro teórico definido, procurando chegar a dados precisos que visem contribuir para melhoria de uma situação particular (Fortin, 2009, p. 30 -31).
- Quanto ao tempo em que decorre este é um estudo transversal pois o seu objectivo é “(...) medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, 2009, p. 252).
- E, como anteriormente referido trata-se de um estudo descritivo-correlacional pois como Fortin esclarece (2009, p. 221) este estudo tem como “ (...) objectivo explorar relações entre um conjunto de conceitos a fim de determinar os que estão associados. Este tipo de desenho é utilizado quando os conceitos ou as variáveis já

foram descritos, e que se trata (...) de os colocar em relação com outros conceitos ou com outras variáveis.”

O meio em que decorre a implementação do estudo, é em ambiente hospitalar, não só por ser a realidade que me é mais próxima, mas igualmente por reunir um maior número de profissionais de enfermagem com diferentes categorias profissionais e tempos de exercício profissional diferentes. “A maioria dos estudos (...) são conduzidos em meio natural (...), eles têm lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou de saúde” (Fortin, 2009, p. 217).

Uma vez explicitada a natureza do estudo, importa clarificar o mesmo por meio de um esquema geral do estudo – o desenho de investigação (Figura 1) que será facilitador do desenrolar da investigação permitindo a concretização dos objectivos propostos. “Planeando, ponto por ponto o seu estudo, o investigador pode eliminar ou pelo menos reduzir ao mínimo as fontes de erro e, assim, chegar a uma só explicação plausível, no termo da sua investigação” (Fortin, 2009, p. 214).

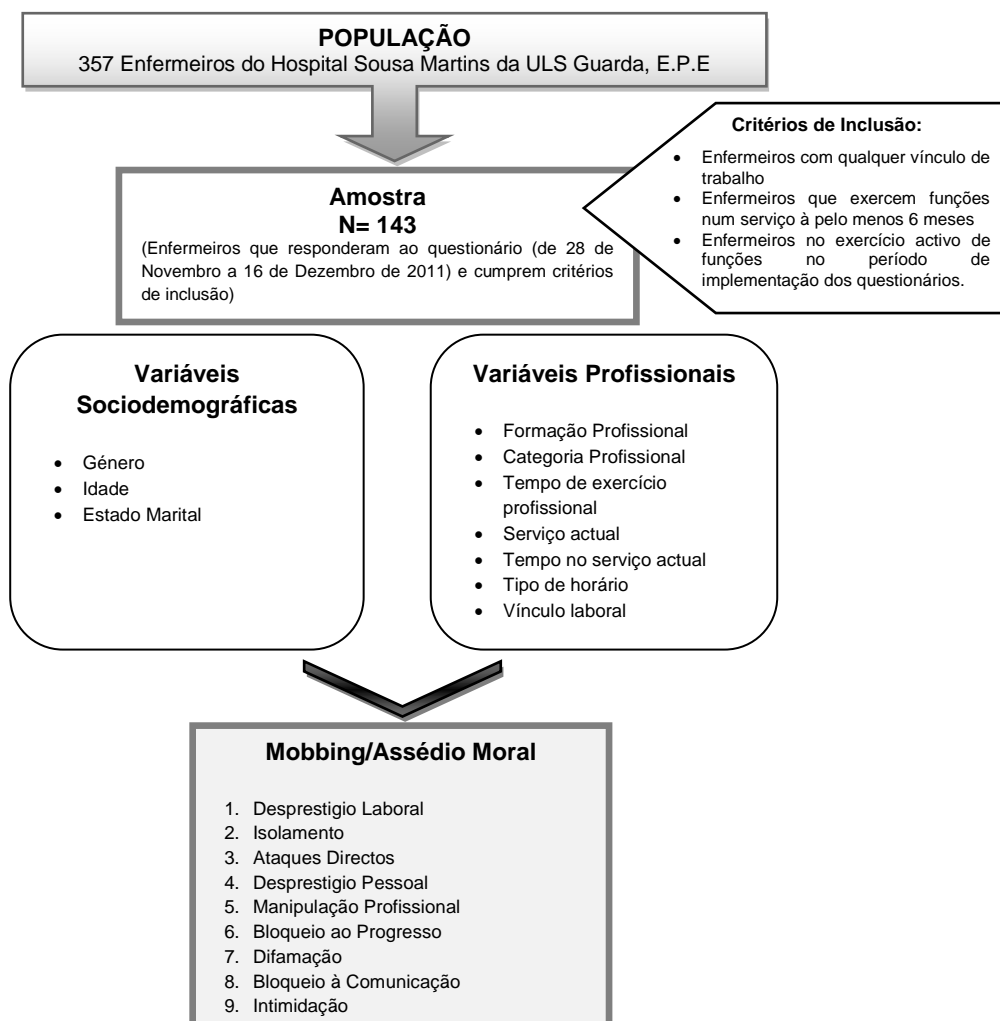


Figura 1 – Desenho de Investigação: Mobbing nos Enfermeiros

3.4. Variáveis e sua Operacionalização

“As variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2009, p. 171), podendo ser medidas ou controladas, assumindo diferentes valores. Desta forma e, considerando o papel que cada uma das variáveis assume na investigação tem-se:

- Variáveis sociodemográficas: género, idade, estado marital;
- Variáveis profissionais: formação profissional, categoria profissional, serviço onde exerce a actividade principal, tipo de horário, vínculo laboral, tempo de exercício profissional, tempo no actual serviço;
- Variável dependente: mobbing/assédio moral.

Ambas as variáveis sociodemográficas e profissionais, pretendem caracterizar a amostra do estudo e, para tal elas foram operacionalizadas por meio de perguntas fechadas e outras abertas, consoante o Quadro 1 apresentado.

Acrescenta-se que, relativamente à categoria profissional, a nomenclatura utilizada para a operacionalização desta variável foi a contemplada na anterior carreira de enfermagem, primeiro porque existe uma familiarização maior com a mesma e, segundo porque em termos práticos e ao nível da instituição onde o estudo decorreu, é ainda a que está em vigor.

Ao operacionalizar a variável serviço em grupo de serviço, teve-se em consideração as características e finalidades específicas de cada serviço (Quadro 1). Cada serviço tem a sua especificidade e, a forma e o ritmo como decorre a prestação de cuidados são efectivamente distintas; por isso mesmo as diferentes vivências e formas de estar podem determinar as relações interpessoais na equipa e, propiciar ou não a vivência de mobbing ou assédio moral. Por um lado, existem os serviços de agudos – serviços considerados diferenciados, onde o doente permanece por períodos mais curtos de tempo, em alguns casos em situações instáveis e de risco de vida, tornando as relações que os enfermeiros estabelecem com estes mais imediatas e até mesmo stressantes, onde o próprio ritmo de trabalho se torna um instrumento precioso de trabalho. Por outro lado, existem serviços mais relacionados com a prestação de cuidados a doentes diga-se crónicos – serviços designados de não diferenciados, onde o doente permanece por períodos maiores de tempo e os enfermeiros estabelecem com estes relações de ajuda mais duradouras e, significativas.

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	OPERACIONALIZAÇÃO
Género	Feminino; Masculino
Idade	pergunta aberta – número de Anos
Estado Marital	1. Com companheiro (casado(a)/união de facto) 2. Sem companheiro (solteiro; divorciado(a)/separado(a); viúvo(a))
VARIÁVEIS PROFISSIONAIS	OPERACIONALIZAÇÃO
Habilitações Profissionais	1. Formação Base (bacharelato; licenciatura) 2. Formação pós-graduada (pós-graduação; mestrado; doutoramento; pós-doutoramento; outro – esta pergunta aberta, incluiu respostas dos participantes com: pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica; pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação; pós-licenciatura em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; pós-licenciatura em enfermagem de saúde materna e obstétrica e pós-licenciatura em enfermagem de saúde infantil e pediatria).
Categoria Profissional	Enfermeiro; Enfermeiro Graduado; Enfermeiro Especialista; Enfermeiro-Chefe; Enfermeiro Supervisor; Enfermeiro Director
Tempo de exercício profissional → Grupo Tempo de Profissão	1. < 10 anos 2. 10-20 anos 3. > 20 anos
Serviço actual → Grupo Serviço Actual	1. Serviços Diferenciados (Urgência Geral; Urgência Pediátrica; UCIP; Cardiologia/UCIC; BO; Maternidade e Cirurgia de Ambulatório) 2. Serviços Não Diferenciados (Medicinas; U-AVC; Unidade de Oncologia; Pneumologia; Cirurgia Mulheres e Homens; Ortopedia Mulheres e Homens; Pediatria; Consulta Externa; Saúde Ocupacional; ORL/Oftalmologia)
Tempo no actual serviço → Grupo Tempo de Serviço	1. < 5 anos 2. 5 – 10 anos 3. > 10 anos
Tipo de horário	Fixo, Rotativo; Outro, Qual?
Vínculo Laboral	Regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (RCTFP); Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (CTTI); Contrato individual de trabalho a termo certo (CTTC); Trabalhador independente (TI) (recibos verdes)

A variável mobbing/assédio moral é aquela sobre a qual recai todo o interesse do estudo. A sua operacionalização é feita com um conjunto de perguntas que permitem caracterizar esta variável (quanto à percepção de vivência de assédio moral, de agressor e por quanto tempo foi sentido, bem como as consequências que daí derivaram e respectivas estratégias de defesa para superar o abuso); e, com a implementação da Escala de LIPT-60 de Riviera e Abuín (2003), no entanto aplicada e validada a uma população de enfermeiros portugueses por João (2013), ainda que já o tivesse sido feito por Carvalho, G. (2008) (Anexo 1).

Com o intuito de aprofundar o conhecimento e conhecer os dados que dizem respeito às condutas de mobbing que afectam os enfermeiros portugueses João (2013) obteve autorização, traduziu e validou a escala LIPT-60 à população de enfermeiros portugueses, tendo atribuído uma nova nomenclatura às dimensões da escala LIPT-60 original. E, é com base nesta última que o actual estudo se vai proceder.

3.5. População e Amostra

“Após ter formulado o problema de investigação, enunciado o objectivo, as questões de investigação (...) e feito a escolha de um desenho de investigação, a etapa seguinte consiste em precisar a população, junto da qual a informação será recolhida” (Fortin, 2009, p. 310).

A população-alvo que é objecto do actual estudo são os enfermeiros portugueses, sendo que como população acessível foram escolhidos os enfermeiros do Hospital Sousa Martins integrado na ULS Guarda, EPE, num total de 357 enfermeiros.

Os enfermeiros que integraram o estudo, exercem as suas funções em diversos serviços da instituição atrás referida, designadamente: Urgência Geral e Pediátrica, Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), Medicinas A e B/ Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (U-AVC), Unidade de Oncologia, Pneumologia, Ortopedia Mulheres e Homens, Cirurgia Mulheres e Homens, Consulta Externa e Saúde Ocupacional, Otorrinolaringologia (ORL)/ Oftalmologia, Unidade de Cirurgia Ambulatória, Bloco Operatório (BO), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), Pediatria, Maternidade/Bloco de Partos.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística accidental ou de conveniência. “A amostra accidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009, p. 321). De facto, a escolha deste grupo profissional deveu-se a um interesse e curiosidade particular, pelo que a escolha de um grupo de enfermeiros do HSM da ULS Guarda, E.P.E está igualmente relacionado com factores de ordem prática, especificamente o desempenho de funções na referida instituição por parte do investigador.

Para a escolha dos participantes nesta amostra foi necessário considerar alguns critérios de inclusão, são eles:

- Enfermeiros com qualquer vínculo de trabalho com a instituição que se encontrem no exercício activo das suas funções e concordantes com a participação no estudo;
- Enfermeiros que exercem funções há pelo menos 6 meses.

Desta forma excluem-se todos os enfermeiros que não cumpram os critérios anteriormente definidos e, todos aqueles que no período de implementação dos questionários se recusaram a participar ou estiveram ausentes.

Foram distribuídos 300 questionários, porém tendo por base os critérios de inclusão referidos e todos aqueles questionários que não foram respondidos, obteve-se uma amostra constituída por 143 enfermeiros.

Caracterização Sociodemográfica

Começando por analisar a estrutura global da amostra (Quadro 2), cerca de 71,3% (n = 102) dos elementos da amostra inquiridos são do género feminino e 28,7% (n = 41) dos elementos são do género masculino.

A idade média da amostra total é de 37,57 anos, destes a idade mínima é de 24 anos e a máxima é de 56 anos, sendo que o desvio padrão é de 8,10. Quanto ao coeficiente de variação, a amostra apresenta uma dispersão média (Pestana & Gageiro, 2008), quer para o género feminino (21,41%), quanto para o género masculino (21,78%) e, no seu valor global.

No que se refere à simetria da distribuição, a amostra apresenta uma distribuição simétrica (Pestana & Gageiro, 2008) em ambos os géneros e no valor global.

Os valores de Curtose definem (Pestana & Gageiro, 2008) que esta distribuição apresenta uma curva platicúrtica para o género feminino (Kurtosis/Std Error = -2,117) e uma curva mesocúrtica no género masculino (Kurtosis/Std Error = -1,890) como se evidencia no Quadro 2.

Apesar da média da idade das mulheres ser superior à idade dos homens, o teste de Mann-Whitney (**U**) não revela diferenças estatisticamente significativas (p = 0,194).

Quadro 2 – Estatística descritiva quanto ao género e idade

	N	Min	Max	\bar{X}	dp	CV %	Sk/EP	K/EP	U	p
Feminino	102	24	56	38,12	8,16	21,41	1,056	-2,117	1800,5	0,194
Masculino	41	25	51	36,22	7,89	21,78	0,697	-1,890		
Idade	143	24	56	37,57	8,10	21,56	1,270	-2,640		

Para uma melhor análise a variável idade foi recodificada em três grupos etários: *Grupo 1 – inferior a 30 anos; Grupo 2 – de 30 a 44 anos; Grupo 3 – igual ou superior a 45 anos*. Face aos novos grupos, pode verificar-se pelo Quadro 3 que o grupo etário mais representativo é o *grupo 2* com 54,5% de enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 44 anos, seja para o género feminino (55,9%), seja para o género masculino (51,2%).

A variável estado civil, foi igualmente recodificada em *estado marital*, elaborando-se dois grupos que se designaram de: *com companheiro* e *sem companheiro*. Face a esta nova variável pode verificar-se que a amostra em estudo maioritariamente são enfermeiros com companheiro evidenciando-se com os 76,2%, como apresentado no Quadro 3. Destes percebe-se que há mais homens com companheiro 82,9%, do que mulheres 73,5%. Apenas 23,8% dos elementos da amostra pertencem ao grupo sem companheiro.

Quadro 3 – Caracterização sociodemográfica em função do género

	Feminino (n=102)		Masculino (n=41)		Total (n=143)	
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
< 30 anos	23	22,5	13	31,7	36	25,2
30 – 44 anos	57	55,9	21	51,2	78	54,5
≥ 45 anos	22	21,6	7	17,1	29	20,3
ESTADO MARITAL						
Com companheiro	75	73,5	34	82,9	109	76,2
Sem companheiro	27	26,5	7	17,1	34	23,8

Caracterização Socioprofissional

Na caracterização do perfil socioprofissional da amostra em estudo, foram tidas em consideração diferentes variáveis, algumas das quais foram operacionalizadas de forma diferente, para um tratamento adequado dos dados e obtenção de dados mais precisos, como inclusive já foi especificado num capítulo anterior.

Neste sentido e, considerando a variável *formação profissional* que no estudo foi operacionalizada em dois grupos: *formação base* e *formação pós-graduada* (Quadro 4). Posto isto, cerca de 71,3% tem uma formação base e apenas 28,7% dos participantes da amostra têm uma formação pós-graduada. Comparando os géneros entre si, existem mais

homens com formação pós-graduada (34,1%) do que mulheres que por sua vez se ficam pela formação base (73,5%).

No que se refere à *categoria profissional*, verificou-se (quadro 4) que o grupo mais representado (47,5%) na amostra pertence à categoria de *enfermeiro graduado*, desses 49,0% são do género feminino e apenas 43,9% são do género masculino. A segunda categoria com maior representatividade na amostra é a categoria de *enfermeiro* com 32,9%, em que 33,3% são mulheres e 31,7% são homens. No que se refere aos *enfermeiros especialistas*, estes representam apenas 16,8% do total da amostra, sendo que há mais homens especialistas (22,0%) que mulheres (14,7%). A categoria de *enfermeiro-chefe* é a minoria na amostra, evidenciado pelos seus 2,8%.

A variável serviço, foi operacionalizada em *grupo de serviço*, constituída por dois grupos distintos: *serviços diferenciados* e *serviços não diferenciados*. Deste modo e, após a recodificação verificou-se que 54,5% dos elementos da amostra trabalham em *serviços não diferenciados*. Os restantes 45,5% trabalham em *serviços diferenciados*. Comparando os géneros entre si, constatou-se que efectivamente existem mais mulheres (55,9%) em serviços não diferenciados do que homens (51,2%), ainda que se note que não é uma diferença relevante; o inverso se pode dizer dos serviços diferenciados, em que se verifica maior predominância de homens (48,8%) do que mulheres (44,1%).

Mais de metade da amostra, 69,9% pratica um *horário rotativo*, enquanto que 30,1% têm *horário fixo*. Dos que trabalham em horário rotativo a maior percentagem destes são homens (85,4% vs 63,7%).

Quanto ao *vínculo laboral* a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo têm um vínculo com a instituição em *regime de contrato de trabalho em funções públicas* (RCTFP - actualmente designados de contrato por tempo indeterminado), a que correspondem 69,2% dos inquiridos, sendo que destes maioritariamente são mulheres (70,6%). Seguido dos *contratos de trabalho sem termo* (CIT) 24,5%, verificando-se que apenas 3,5% dos inquiridos têm *contrato de trabalho a termo certo* (CTTC) e 2,8% são *trabalhadores independentes* (TI, ou mais conhecidos por trabalhadores a recibos verdes).

O *tempo de exercício profissional* dos participantes da amostra está compreendido entre 1,17 e 36,75 anos, em que o tempo médio é de 14,51 anos, com um desvio padrão de 7,92 (Quadro 4).

A operacionalização da variável tempo de profissão, efectuou-se mediante o agrupamento do tempo em 3 classes temporais distintas: <10 anos; 10-20 anos; >20 anos, ficando assim designada de *grupo tempo de profissão*. Mediante a recodificação descrita,

denota-se que 40,6% dos enfermeiros participantes do estudo têm entre *10 – 20 anos* de tempo de exercício profissional; destes cerca de 43,1% são mulheres e 34,1% são homens. Cerca de 35,7% dos participantes trabalham à *menos de 10 anos* e, neste caso verifica-se que 43,9% desses, são homens. Com tempo de profissão *superior a 20 anos*, existem apenas cerca de 23,8% de enfermeiros.

Na amostra estudada, constata-se que relativamente ao *tempo de exercício no actual serviço*, o tempo mínimo de permanência é de 0,50 anos e o tempo máximo é de 35,83 anos, em que o tempo médio é de 8,24 anos e um desvio padrão de 7,16 (Quadro 4).

Relativamente ao tempo de exercício no actual serviço, esta variável foi igualmente recodificada em *grupo tempo no actual serviço*, resultando 3 classes temporais: *<5 anos*; *5-10 anos*; *>10 anos*. Neste âmbito, é possível afirmar que 44,8% dos indivíduos se encontram à *menos de 5 anos* no actual serviço. Destes elementos, verifica-se que existem ligeiramente mais mulheres (45,1%) a trabalhar à menos de 5 anos do que homens (43,9%). A trabalhar à *mais de 10 anos* no mesmo serviço, existem 28,7% dos indivíduos e só 26,6% dos enfermeiros do estudo é trabalham à *5 – 10 anos* no actual serviço.

Posto isto para o tempo de exercício profissional verifica-se um coeficiente de dispersão de 54,54% e para o tempo de exercício no actual serviço de 86,86%, o que revela um coeficiente de dispersão elevada (Quadro 4).

Em relação a estas últimas variáveis, amostra é simétrica para o tempo de Profissão (Skweness/Std Error= 1,516) e assimétrica positiva ou enviesada à direita relativamente ao tempo no actual serviço (Skweness/Std Error= 7,775), conforme Pestana e Gageiro (2008).

Descreve-se igualmente uma curva platicúrtica quanto ao tempo Profissão (Kurtosis/Std Error= -2,029) e uma curva leptocúrtica quanto ao tempo de exercício no actual serviço (Kurtosis/Std Error= 6,421) (Pestana & Gageiro, 2008).

Quadro 4 – Caracterização Socioprofissional em função do Género

	Feminino (n=102)		Masculino (n=41)		Total (n=143)	
	N	%	N	%	N	%
Habilitações Profissionais						
Formação Base	75	73,5	27	65,9	102	71,3
Formação Pós-Graduada	27	26,5	14	34,1	41	28,7
Categoria Profissional						
Enfermeiro	34	33,3	13	31,7	47	32,9
Enfermeiro Graduado	50	49,0	18	43,9	68	47,5
Enfermeiro Especialista	15	14,7	9	22,0	24	16,8
Enfermeiro Chefe	3	2,9	1	2,4	4	2,8
Grupo Serviço						
Diferenciados	45	44,1	20	48,8	65	45,5
Não Diferenciados	57	55,9	21	51,2	78	54,5
Tipo de Horário						
Horário Fixo	37	36,3	6	14,6	43	30,1
Horário Rotativo	65	63,7	35	85,4	100	69,9
Vínculo Laboral						
RCTFP	72	70,6	27	65,9	99	69,2
CIT	23	22,5	12	29,3	35	24,5
CTTC	4	3,9	1	2,4	5	3,5
TI	3	2,9	1	2,4	4	2,8
Tempo de Profissão						
\bar{X} (Min; Max)	14,51 (1,17; 36,75)					
Dp	7,92					
Grupo Tempo de Profissão						
< 10 anos	33	32,4	18	43,9	51	35,7
10 – 20 anos	44	43,1	14	34,1	58	40,6
> 20 anos	25	24,5	9	22,0	34	23,8
Tempo no Actual Serviço						
\bar{X} (Min; Max)	8,24 (0,50; 35,83)					
Dp	7,16					
Grupo Tempo no Actual Serviço						
< 5 anos	46	45,1	18	43,9	64	44,8
5- 10 anos	26	25,5	12	29,3	38	26,6
> 10 anos	30	29,4	11	26,8	41	28,7

3.6. Instrumento de Colheita de Dados

Com o intuito de recolher informação factual sobre o Assédio Moral no ambiente profissional dos enfermeiros, utilizou-se como instrumento de colheita de dados o Questionário. A opção por este método de recolha de informação, deveu-se ao facto de este permitir uma flexibilidade quanto à sua estrutura, forma e aos meios de recolha de informação, permitindo desta forma aos participantes o seu auto-preenchimento, anonimamente e sem a necessidade de assistência do investigador (Norwood, 2000 cit in Fortin, 2009).

Este questionário, foi elaborado com base num existente e aplicado por João (2010) ainda assim, foi estruturado e modificado à necessidade e interesse pretendido no actual estudo. Os questionários foram entregues nos serviços do Hospital Sousa Martins, ULS Guarda, E.P.E em envelope fechado sendo posteriormente recolhidos em data previamente acordada.

Posto isto, o questionário integra perguntas fechadas sejam elas dicotómicas, de escolha múltipla ou enumeração gráfica (no que se refere à escala incluída), permitindo posteriormente uma fácil codificação e um tratamento estatístico dos dados e, está dividido em três partes (Anexo 3).

O Grupo I inclui perguntas respeitantes à caracterização sociodemográfica (género, idade, estado marital) e socioprofissional do participante (habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício profissional, serviço, tempo no serviço actual, tipo de horário, vínculo laboral). O Grupo II refere-se a uma série de perguntas fechadas respeitantes à temática Mobbing (conhecimento anterior sobre mobbing/assedio moral, se presenciou algum caso de mobbing, que pessoas identifica como agressor e qual a faixa etária do mesmo, consciência de ter sido/ser vítima de mobbing, o período de tempo, as consequências de tal acontecimento e estratégias adoptadas). Neste grupo só os indivíduos que responderem afirmativamente à primeira pergunta (conhecimento anterior sobre mobbing/assédio moral). A última parte do questionário, refere-se ao Grupo III constituída pela versão do Instrumento – LIPT-60 de Gonzalez de Rivera e Rodriguez Abuín (2003), traduzida, adaptada e validada à população de enfermeiros por João (2013).

Leymann o principal criador do conceito mobbing, abriu o caminho para que os primeiros estudos clínicos e epidemiológicos acerca da temática. E, foi nesse percurso que operacionalizou este conceito criando a escala dicotómica de LIPT-45, onde são descritas 45 condutas características de mobbing (Rivera & Abuín, 2005). Contudo, desde os finais de 1999, que o Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid, ampliaram os seus estudos sobre este fenómeno e, é aí que Rivera e Abuín modificam a escala inicial, acrescentando-lhe 15 condutas às 45 iniciais.

Além disso, permitiram uma valorização da intensidade com o sujeito é afectado por essas condutas. A escala de LIPT-60 de Gonzalez de Rivera e Rodriguez Abuín, é constituída por 60 condutas de assédio moral devidamente identificadas, cada uma delas avaliada por uma escala do tipo Likert, a que o inquirido tem que atribuir um valor desde zero (que equivale a nunca ter experimentado essa conduta) até quatro (conduta experimentada com intensidade máxima). (Rivera & Abuín, 2003).

Mediante a análise factorial exploratória efectuada por João (2013), foram retidos 9 factores, onde não se exclui nenhum item das 60 condutas identificadas, ao contrário dos primeiros autores que só identificaram 6 factores, deixando itens de fora:

1. Desprestígio Laboral – Constituída por 11 itens da escala (28, 29, 33, 49, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60) refere-se a todas as condutas que sugerem a desvalorização do trabalho efectuado pela vítima, bem como acções que visam o descrédito ou impedir a progressão profissional da vítima, seja com recurso a distorção da comunicação, com rumores ou com medidas restritivas.
2. Isolamento – Esta dimensão é composta por 7 itens (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) e refere-se a atitudes e comportamentos de solidão, abandono e afastamento de colegas, que consequentemente levam ao isolamento dos indivíduos (daí a designação assumida).
3. Ataques Directos – Dimensão com 8 itens (31, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46), que se referem a condutas de agressão marcadas pela violência física e psicológica directa, onde os efeitos se podem verificar no desgaste físico e emocional, bem como danos em bens materiais.
4. Desprestígio Pessoal – Inclui 7 itens (20, 21, 22, 23, 24, 26, 30), respeitantes à humilhação pessoal com base nas suas características próprias ou pessoais, bem como os seus valores ou crenças, com base na crítica ou mentira.
5. Manipulação Profissional – Esta dimensão pretende com os 6 itens que integra (47, 48, 50, 51, 52, 53), referir-se às condutas de agressão dissimuladas, ou seja todas aquelas que são concretizadas de forma subtil, visando a privação de instrumentos de trabalho e informações importantes para o seu desempenho profissional. Esta manipulação também passa por persuadir todos os colegas a abandonar a vítima.
6. Bloqueio ao Progresso – São 8 os itens integrados nesta sub-escala (27, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39), que dizem respeito a condutas que procuram impedir o progresso profissional da vítima, com recurso à humilhação da mesma e consequentemente conduzi-la ao fracasso.
7. Difamação – Como o próprio nome da dimensão indica, as condutas de agressão referem-se a críticas e/ou falsos rumores, com o intuito deliberado de prejudicar o outro e, integra 5 itens (6, 17, 18, 19, 25).
8. Bloqueio à comunicação – Fazem parte desta dimensão 5 itens (1,2,3,4,5) que exprimem o impedimento do indivíduo se exprimir, sejam pela interrupção ou na repreensão da vítima enquanto esta fala.
9. Intimidação – Esta é a última dimensão ou sub-escala e, é composta por 3 itens (7,8,9) que fazem referência a ameaças sofridas pela vítima.

Como já referido no capítulo das Variáveis e sua Operacionalização, é com base nesta nova nomenclatura que o presente estudo se procede.

Além destas dimensões, a escala permite ainda o cálculo de três indicadores globais: NEAP - número total de estratégias de assédio psicológico, obtido pela contagem simples de todas as respostas distintas de zero (Absolutamente Nada). “Indica a frequência das estratégias de assédio vivenciadas e informa sobre a amplitude do assédio moral sofrido.” Esta medida, conceptualmente é igual à utilizada na escala LIPT-60 de resposta dicotómica, pelo que se refere à média de condutas de assédio vivenciado pelos sujeitos; IGAP - índice global de assédio psicológico, é a soma dos valores assinalados em cada item e dividindo essa soma pelo número total de itens (ou seja 60). Permite determinar o grau de afectação global de assédio no sujeito, combinando “(...) o número de estratégias de assédio percebidas e a intensidade percebida das mesmas (...)”; e IMAP – índice médio de assédio psicológico, obtido dividindo a soma dos valores assinalados em cada item da escala, pelo número total de respostas positivas (dado pelo NEAP). “Este índice é uma medida do grau de intensidade percebido no assédio moral, ou seja, um índice de intensidade das estratégias de assédio percebidas” (João, 2013, p. 94).

A opção pela LIPT-60, considera-se vantajosa uma vez que esta identifica cerca de 60 condutas de mobbing, passíveis de serem vivenciadas pelo sujeito; além do que é um instrumento já utilizado em Portugal por diferentes autores e, inclusivamente implementada em diferentes estudos à população de Enfermeiros Portugueses.

Na intenção de determinar a consistência interna da escala LIPT-60, utilizou-se a um importante indicador estatístico de fidedignidade – o coeficiente de Alpha de Cronbach, fundamental para verificar a fiabilidade da escala utilizada no estudo. De acordo, com Pestana e Gageiro (2008, p. 528) o Alpha de Cronbach é uma medida que varia entre 0 e 1, definindo-se a consistência interna de acordo com os seguintes valores:

- Muito boa – alpha superior a 0,9
- Boa – alpha entre 0,8 e 0,9
- Razoável – alpha entre 0,7 e 0,8
- Fraca – alpha entre 0,6 e 0,7
- Inadmissível – alpha < 0,6.

No que concerne pois, à consistência interna da escala LIPT-60, verificou-se que o valor de Alpha de Cronbach da totalidade dos itens da escala é de 0,96, o que de acordo com as referências atrás expostas, significa que é considerado *Muito Boa*, próximo da versão de João que é de 0,97 (Quadro 5). Em relação às diferentes dimensões da escala, os valores de Alpha de Cronbach variaram entre 0,75 e 0,88, sendo que a dimensão

difamação apresentou o valor mais baixo, considerado *Razoável* e, a dimensão *desprestígio laboral* o melhor valor, considerado Bom. Contrariamente, os valores de Alpha de Cronbach da autora João, para cada uma das dimensões variaram entre 0,67 e 0,94, registando-se o menor valor na dimensão *intimidação* e, de forma equiparável o melhor para a dimensão de *desprestígio laboral*.

Quadro 5 – Resultados da Consistência Interna da Escala LIPT-60

Consistência Interna da LIPT-60	Alpha de Cronbach do Estudo Actual	Alpha de Cronbach do Estudo de João (2013)
Desprestígio Laboral	0,88	0,94
Isolamento	0,85	0,90
Ataques Directos	0,87	0,89
Desprestígio Pessoal	0,85	0,85
Manipulação Profissional	0,83	0,86
Bloqueio ao Progresso	0,86	0,85
Difamação	0,75	0,86
Bloqueio à Comunicação	0,77	0,80
Intimidação	0,85	0,67
Valor Global	0,96	0,97

3.7. Procedimentos na Condução do Estudo

Após a definição do instrumento de colheita de dados, é fundamental definir estratégias para a sua aplicação. Desde a entrega à sua recolha e, numa fase posterior ao tratamento dos dados, devem ser cumpridos alguns procedimentos que respeitem todos os intervenientes e permita a obtenção de dados fidedignos que contribuam na evolução do conhecimento. Neste ponto serão referidos os procedimentos éticos e estatísticos cumpridos para a actual investigação.

Procedimentos Éticos

“Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009, p. 180). Com base na mesma autora, foram cumpridos vários dos princípios éticos existentes e fundamentais ao tipo de estudo em questão: respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pela vida privada e pela

confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes.

A Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, reúne os princípios fundamentais quanto aos métodos científicos e à publicação dos resultados, que esta investigação respeita, visando o avanço dos conhecimentos, no caso desta investigação não terapêutica.

9. É dever (...) proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação dos participantes. (...) 25. A participação de pessoas capazes de dar consentimento informado para serem participantes sujeitos de investigação médica tem de ser voluntária. (Associação Médica Mundial, 2013, p. 1 e 3)

Fazendo cumprir esta responsabilidade ética que compete ao investigador do estudo, foi solicitado um pedido de autorização aos autores originais da escala LIPT-60, González de Rivera e Rodriguez Abuín e, posteriormente também a João, responsável pela última tradução e validação da escala a uma população de enfermeiros portugueses, para o uso quer do seu questionário quer da sua versão da LIPT-60. O pedido foi enviado via correio electrónico, tendo sido concebida, por ambos, resposta positiva ao pedido pela mesma via de contacto (Anexo 2 e 4), no período compreendido entre Novembro de 2011 e Março de 2013.

Na fase inicial de todo o processo de implementação do questionário foi igualmente oficializado o pedido de autorização para a colheita de dados ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Enfermagem da ULS Guarda, E.P.E, fazendo referência ao tipo de estudo e seu objectivo. A autorização foi concedida a 25 de Novembro de 2011, após parecer da Comissão de ética para a Saúde (Anexo 5).

Os questionários foram distribuídos por cada serviço (já mencionados no capítulo 3.6), entregues em envelope aos respectivos enfermeiros-chefes, para que pudessem garantir a distribuição dos mesmos por todos os elementos de enfermagem do seu serviço. Neste momento foi explicitada a finalidade do estudo, foi dado a conhecer o instrumento de colheita de dados e esclarecidas dúvidas inerentes ao seu questionário, deixando inclusive à disposição um contacto telefónico. Junto dos restantes elementos de enfermagem, foi igualmente solicitada a colaboração na resposta ao questionário, que incluía uma declaração de consentimento livre e esclarecido que autoriza a participação no estudo. Após a resposta, os questionários deveriam ser colocados no mesmo envelope e que foram entregues, garantindo desta forma o anonimato e confidencialidade.

A distribuição dos questionários pelos diferentes serviços aconteceu entre o período de 28 de Novembro de 2011 e 16 de Dezembro de 2011, sendo esta última a data final de recolha dos mesmos. Durante este período, foi-se passando pelos serviços no sentido não só de aumentar a adesão aos questionários como ir recolhendo todos os que já haviam sido preenchidos.

Procedimentos Estatísticos

Uma vez colhidos os dados foi efectuado o seu tratamento com recurso a técnicas de análise estatística. Até chegar a essa análise, o tratamento da informação recolhida foi obtida através do lançamento dos dados numa base de dados que posteriormente foram processados. O programa utilizado para tal foi o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) na versão 22 de 2014.

Para facilitar a descrição das características da amostra e obter respostas quanto às questões de investigação levantadas, recorreu-se à análise descritiva dos dados, com recurso aos valores de frequências (absoluta e relativa); medidas de tendência central (média - \bar{X}) e medidas de dispersão (desvio padrão – dp e coeficiente de variação – CV).

A dispersão da amostra, foi classificada segundo o valor de CV, como designam Pestana e Gageiro (2008, p. 81):

- $CV \leq 15\%$ - Dispersão Fraca
- $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão Média
- $CV > 30\%$ - Dispersão Elevada

Para determinar a simetria da amostra, foram tidos em consideração os seguintes valores (Pestana & Gageiro, 2008, p. 79), (para $p = 0,05$):

- $-1,96 < \text{Skweness/Std Error} \leq 1,96$ – distribuição simétrica
- $\text{Skweness/Std Error} < -1,96$ – distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita
- $\text{Skweness/Std Error} > 1,96$ – distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda

Foi tida também em consideração a distribuição fornecida pelo achatamento ou curtose, dado pelo quociente Kurtosis/Std Error (Pestana & Gageiro, 2008, p. 80), (para $p = 0,05$):

- $-1,96 < \text{Kurtosis/Std Error} \leq 1,96$ – distribuição com achatamento mesocúrtico

- Kurtosis/Std Error < -1,96 – distribuição mais achatada que o normal ou platicúrtica
- Kurtosis/Std Error > 1,96 – distribuição menos achatada que o normal ou leptocúrtica.

A variável dependente foi trabalhada com base nas respostas fornecidas pelos enfermeiros aos diferentes itens da escala de LIPT-60, que correspondem a condutas de assédio moral sentidas pelos mesmos e, que posteriormente se agrupam em dimensões de Mobbing vivenciadas. Pelos valores obtidos da escala, foi possível igualmente, calcular-se os três indicadores globais, conforme regras explicitadas no capítulo relativo ao Instrumento de Colheita de Dados, para tal foi necessário efectuar um Teste Binomial em função das respostas positivas e negativas, tendo existido uma recodificação das respostas da escala em “Não” (0 = Absolutamente Nada) e “Sim” (1= um pouco, 2= Moderadamente, 3= Muito, 4= Extremamente).

O nível de significância utilizado no estudo foi de 5% ou 0,05 ($p < 0,05$), permitindo afirmar assim, com uma certeza de 95%, a existência de relação causal entre as variáveis. Os critérios de decisão para confirmação das relações basearam-se no estudo das probabilidades, considerando os valores de significância inferiores a 0,05 para confirmar a existência de relação e rejeitando todos os resultados superiores a esse valor.

Na estatística inferencial, por forma a determinar a existência de diferenças entre dois grupos, foram usados os testes Não Paramétricos de Mann-Whitney (U) e de Kruskal-Wallis (Kw); assim como, o teste paramétrico de T-student (t) para a comparação de grupos. Para este último caso, mediante a existência de mais que um teste t , foi necessário efectuar o teste de homogeneidade de Levene, para determinar o nível de significância e assim, escolher o resultado mais adequado (aceita-se igualdade das variâncias se a significância deste teste é $> 0,05$).

Para testar a igualdade de médias, efectuou-se a análise da variância ANOVA, fazendo a análise das variâncias de cada variável e, aquando da significância utilizaram-se para comparação de médias os testes Post-hoc.

4. Resultados

No presente capítulo serão apresentados os dados obtidos e respectivo tratamento estatístico. Seguindo uma sequência lógica de desenvolvimento do capítulo, primeiramente será efectuada uma caracterização da variável dependente, seguida pela análise da influência dos factores sociodemográficos e socioprofissionais sobre o mobbing percebido nos enfermeiros.

4.1. Caracterização de Mobbing/Assédio Moral nos Enfermeiros

Na análise da variável dependente, considerou-se um conjunto de questões que permitiram determinar se a amostra tinha conhecimento acerca da temática Mobbing/Assédio Moral. Destas que tinham algum conhecimento sobre o assunto, foi-lhes colocada uma série de perguntas que possibilitam a caracterização do mobbing perante a sua perspectiva ou percepção de se assumirem como vítimas de mobbing ou terem já presenciado algum caso. Num segundo momento, é feita a análise da variável dependente, considerando a Escala LIPT-60 que, como já referido anteriormente, permite determinar a frequência e a intensidade das condutas de mobbing/assédio moral percebidas pelos indivíduos da amostra, incluindo de todos aqueles que referiram não ter nenhum conhecimento acerca da temática.

Questão 1: Que percepção de mobbing têm os enfermeiros no seu local de trabalho?

Quando inquiridos os participantes do estudo, quanto a sua *percepção de mobbing/assédio moral* 51,0% dos enfermeiros referiram ter ouvido falar desta temática, dos quais 52,0% são mulheres e 48,8% são homens. Constata-se pois, que apenas cerca de metade da amostra tem conhecimento do que é mobbing/assédio moral (Quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento do termo Mobbing/Assédio Moral

	Feminino (n=102)		Masculino (n=41)		Total (n=143)	
	N	%	N	%	N	%
Já ouviu falar de Mobbing:						
1. Sim	53	52,0	20	48,8	73	51,0
2. Não	49	48,0	21	51,2	70	49,0

Considerando apenas os elementos da amostra que disseram ter conhecimento acerca do termo mobbing/assédio moral, cerca de 47,9% disseram já *ter presenciado* no seu local de trabalho alguma situação de mobbing, situação assumida na sua maioria por mulheres (56,6%) e não tanto por homens (25,0%) (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo observação de mobbing no local de trabalho

	Feminino (n=53)		Masculino (n=20)		Total (n=73)	
	N	%	N	%	N	%
Presenciou caso de Mobbing no local de trabalho:						
1. Sim	30	56,6	5	25,0	35	47,9
2. Não	23	43,4	15	75,0	38	52,1

Quanto à *caracterização do agressor*, como se pode apreciar ao nível do Quadro 8 a maior percentagem admite que estas condutas provêm de um médico (40,0%) seguido do superior hierárquico (37,1%). Em 28,6% dos casos, o abuso parte de um colega em igual posição hierárquica. Assumindo menor relevância o abuso tido em grupo por vários colegas (20,0%). Os que menos agridem são de facto os assistentes operacionais, com 2,9% de casos presenciados. Houve ainda quem referisse que 5,7% do abuso presenciado foi por parte de um familiar de doente.

Quanto à *idade do agressor*, a maioria dos participantes (48,6%) afirmam que os agressores pertencem a um grupo etário mais velho, entre os 41-50 anos; por outro lado os que menos agridem estão na faixa etária dos 20-30 anos (5,7%) (Quadro 8).

Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo as características do agressor

Quem era o agressor?	N	%
1. Um colega	10	28,6
2. Vários colegas	7	20,0
3. Superior hierárquico	13	37,1
4. Médico	14	40,0
5. Assistente operacional	1	2,9
6. Familiar de Doente	2	5,7
Idade do Agressor? (em anos)	N	%
1. 20-30	2	5,7
2. 31-40	5	14,3
3. 41-50	17	48,6
4. 51-60	6	17,1
5. > 61	0	0,0
6. 31-40 + 51-60	1	2,9
7. 31-40 + 41-50	2	5,7
8. 41-50 + 51-60	2	5,7

No que respeita à *consciência de ser vítima de mobbing* (o próprio participante), 42,0% dos indivíduos admitem que *Sim*, dos quais a maioria são mulheres evidenciado pelos 48,0% (Quadro 9). No entanto, pelos dados que têm sido apresentados percebeu-se que houve pelo menos 4 elementos da amostra dos que responderam afirmativamente quanto a conhecerem o termo mobbing que não responderam a esta pergunta. Ainda assim, constatou-se que 58,0% dos participantes responderam *Não* a esta pergunta o que significa que nunca foram, nem estão a ser vítimas de mobbing.

Quadro 9 – Distribuição da amostra quanto à Consciência de ser ou ter sido vítima de Mobbing segundo o Género

	Feminino (n=50)		Masculino (n=19)		Total (n=69)	
	N	%	N	%	N	%
Consciência de ser ou ter sido vítima de Mobbing						
1. Sim	24	48,0	5	26,3	29	42,0
2. Não	26	52,0	14	73,7	40	58,0

No que concerne à duração deste facto 24,1% admite ter sido por um período de 6 meses e, 6,9% dos enfermeiros admitem *estar a ser vítimas de Mobbing*. Segundo os vários autores, para que se considere que de facto o assédio moral acontece, este deve acontecer por um largo período de tempo, pelo menos 6 meses, por isso não se consideram relevantes as respostas dadas pelos participantes quando referem que teve a duração de alguns dias (20,7%) ou nunca deram por isso (10,3%), conforme Quadro 10.

Quadro 10 – Duração da percepção de Mobbing

Durante quanto tempo aconteceu	N	%
1. Estou a ser vítima de Mobbing	2	6,9
2. Durou 1 mês	5	17,2
3. Durou cerca de 6 meses	7	24,1
4. Durou cerca de 1 ano	3	10,3
5. Nunca dei por isso	3	10,3
6. Anos/Sempre	3	10,3
7. Esporadicamente/alguns dias	6	20,7
Total	29	100,0

Questão 2: Quais as consequências mais frequentes do assédio moral percebido?

São diversas as consequências que podem afectar o individuo que vivencia uma situação tão nefasta como o mobbing, como já referido anteriormente. De uma lista de possíveis consequências que poderiam ser experimentadas pelos participantes do estudo, solicitou-se que fosse seleccionada uma ou mais opções, de acordo com as mais sentidas e que terão derivado do acontecimento presenciado ou vivenciado pelos mesmos. Ainda assim, foi deixado em aberto a possibilidade de assinalar outras não referidas na listagem.

Tendo em conta, os 35 elementos da amostra que admitiram ter presenciado em algum caso de mobbing e as várias opções que estes consideraram, cinco das consequências mais pontuadas foram (Quadro 11): *Ansiedade, Pesadelos e Insónias* (67,6%), *Medo e Insegurança* (40,0%), *Isolamento Social* (20,6%), *Depressão e Manifestações Físicas* (diarreia, vômitos, náuseas, tonturas, dores...) (17,6%) e *Alterações no Seio Familiar* (14,7%).

Uma pequena percentagem dos enfermeiros, 2,9% (respectivamente) reporta *Tristeza, Decepção, Impotência* e sentimento de *Injustiça e Incapacidade* como consequências igualmente sentidas.

Quadro 11 – Consequências associadas ao Mobbing, segundo elementos da amostra que confirmam ter presenciado situação de abuso

Consequências	N	%
Depressão	6	17,6
Ansiedade, pesadelos e insónias	23	67,6
Medo e Insegurança	14	40,0
Manifestações Físicas	6	17,6
Isolamento Social	7	20,6
Alterações no seio Familiar	5	14,7
Tristeza, decepção e impotência	1	2,9
Justiça e Incapacidade	1	2,9

Questão 3: Que estratégias são utilizadas mais frequentemente para superar o abuso psicológico sofrido?

Perante uma lista de possíveis estratégias utilizadas para superar o assédio psicológico sentido, os inquiridos seleccionavam uma ou mais opções das apresentadas. Deste modo, quando questionados os enfermeiros do estudo, sobre as estratégias mais utilizadas para ajudar a superar o abuso moral sentido, as cinco mais assinaladas foram (Quadro 12): *Aprende e não se deixa perturbar e não entra no jogo do agressor* (73,5%); *Indiferença perante as situações de abuso* ou que *Procura apoio de pessoas de confiança (familiares, amigos...)* (38,2%); *Dá conhecimento às pessoas responsáveis e competentes, relacionadas com a sua profissão (sindicatos, administradores, superiores hierárquicos...)* (29,4%); *Reage com humor* (26,5%).

Apenas 8,8% dos participantes procuram *Identificar em que consiste a estratégia hostil* e *Procura ajuda psicológica*. Uma percentagem menor, 5,9% usa como recurso o *Apoio Jurídico* ou então *Arranja desculpas e afasta-se do local de trabalho*

Quadro 12 – Distribuição de Estratégias utilizadas para superar o Mobbing

Estratégias utilizadas	N	%
Indiferença perante as situações de abuso	13	38,3
Reage com humor	9	26,5
Procura identificar em que consiste a estratégia hostil	3	8,8
Dá conhecimento às pessoas responsáveis e competentes	10	29,4
Aprende e não se deixa perturbar e não entra no jogo do agressor	25	73,5
Procura ajuda psicológica profissional	3	8,8
Procura apoio de pessoas de confiança	13	38,2
Recorre a apoio jurídico	2	5,9
Arranja desculpas e afasta-se do local de trabalho	2	5,9

Questão 4: Quais as condutas de mobbing/assédio moral mais sentidas no local principal de trabalho?

Como já referido no presente estudo, a escala LIPT-60 foi a escolhida para se avaliar a presença de mobbing/assédio moral nos enfermeiros do Hospital Sousa Martins.

Mediante uma análise da distribuição de frequências das condutas de mobbing sentidas (Quadro 13), obteve-se que cinco das agressões mais apontadas pelos enfermeiros são: *Interrompem-no (a) quando fala* (53,8%); *Criticam o seu trabalho* (53,8%); *Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer* (45,5%); *Criticam a sua vida privada* (40,6%) e, *Caluniam-no(a) e falam nas suas costas* (39,2%). Estas condutas integram-se nas dimensões de Bloqueio à Comunicação e Difamação.

Por outro lado, as cinco condutas de assédio moral menos sentidas pelos enfermeiros do estudo são: *Tentam obrigá-lo/a a fazer um exame psiquiátrico ou uma avaliação psicológica* (3,5%); *Recebe agressões sexuais físicas directas* (3,5%); *Provocam danos aos seus bens ou á sua viatura* (3,5%); *Atacam-no(a) fisicamente sem nenhuma consideração* (2,8%); *Proporcionam-lhe gastos, de propósito, para o/a prejudicar* (2,8%). Estas condutas de agressão relacionam-se com as dimensões de Ataques Directos e Desprestigio Pessoal, condutas estas que marcam pela violência física e psicológica directa e, pela humilhação com base na crítica e mentira.

Quadro 13 – Distribuição da amostra de acordo com a vivência de mobbing

Condutas de Mobbing	Sim		Não	
	N	%	N	%
1. Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer	65	45,5	78	54,5
2. Interrompem-no(a) quando fala	77	53,8	66	46,2
3. Os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar	47	32,9	96	67,1
4. Gritam-lhe ou repreendem-no(a) em voz alta	32	22,4	111	77,6
5. Criticam o seu trabalho	77	53,8	66	46,2
6. Criticam a sua vida privada	58	40,6	85	59,4
7. Recebe telefonemas ameaçadores, insultantes ou acusadores	8	5,6	135	94,4
8. Ameaçam-no(a) verbalmente	12	8,4	131	91,6
9. Recebe escritos e notas ameaçadoras	8	5,6	135	94,4
10. Não olham para si, ou então olham-no (a) com desprezo ou gestos de recusa	29	20,3	114	79,7
11. Ignoram a sua presença, não respondem às suas perguntas	28	19,6	115	80,4
12. As pessoas deixaram ou estão a deixar de se dirigir a si ou de falar consigo	13	9,1	130	90,9
13. Não consegue falar com ninguém, todos o/a evitam	10	7,0	133	93,0
14. Atribuem-lhe um lugar de trabalho que o/a mantém isolado(a) do resto dos seus colegas	14	9,8	129	90,2
15. Proíbem os seus colegas de trabalho de falar consigo	12	8,4	131	9,6
16. Em geral, ignoram-no(a) e tratam-no (a) como se fosse invisível	11	7,7	132	92,3
17. Caluniam-no/a e falam nas suas costas	56	39,2	87	60,8
18. Fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si	39	27,3	104	72,7
19. Ridicularizam-no (a), gozam consigo	20	14,0	123	86,0
20. Tratam-no (a) como se fosse um/a doente mental ou dão a entender que o é	12	8,4	131	91,6
21. Tentam obrigá-lo/a a fazer um exame psiquiátrico ou uma avaliação psicológica	5	3,5	138	96,5
22. Riem-se de alguma malformação ou defeito físico que possa ter	8	5,6	135	94,4
23. Imitam a sua forma de andar, a sua voz, os seus gestos para o/a ridicularizar	10	7,0	133	93,0
24. Criticam ou riem-se das suas convicções políticas ou das suas crenças religiosas	16	11,2	127	88,8
25. Ridicularizam ou riem-se da sua vida privada	16	11,2	127	88,8
26. Gozam com a sua nacionalidade, procedência ou lugar de origem	8	5,6	135	94,4
27. Atribuem-lhe um trabalho humilhante	7	4,9	136	95,1
28. O seu trabalho é avaliado de forma parcial, injusta e mal intencionada	34	23,8	109	76,2
29. As suas decisões são sempre questionadas ou contrariadas	29	20,3	114	79,7
30. Dirigem-lhe insultos ou comentários obscenos ou degradantes	10	7,0	133	93,0
31. Fazem-lhe declarações, insinuações ou gestos sexuais	6	4,2	137	95,8
32. Não lhe atribuem tarefas novas, não tem nada para fazer	16	11,2	127	88,8
33. Cortam-lhe as suas iniciativas, não lhe permitem desenvolver as suas ideias	37	25,9	106	74,1
34. Obrigam-no/a fazer tarefas absurdas ou inúteis	14	9,8	129	90,2
35. Atribuem-lhe tarefas muito inferiores à sua competência	22	15,4	121	84,6
36. Sobrecarregam-no (a) sem cessar com tarefas novas e diferentes	32	22,4	111	77,6
37. Obrigam-no (a) a realizar tarefas humilhantes	8	5,6	135	94,4
38. Atribuem-lhe tarefas para as quais não está preparada, pelo que é muito provável que fracasse ao realizá-las	12	8,4	131	91,6
39. Obrigam-no (a) a realizar trabalhos nocivos ou perigosos	13	9,1	130	90,9
40. Ameaçam-no (a) com violência física	8	5,6	135	94,4
41. Recebe ataques físicos leves, como advertência	7	4,9	136	95,1
42. Atacam-no (a) fisicamente sem nenhuma consideração	4	2,8	139	97,2
43. Proporcionam-lhe gastos, de propósito, para o/a prejudicar	4	2,8	139	97,2
44. Provocam-lhe danos na sua casa ou no seu lugar de trabalho	7	4,9	136	95,1
45. Recebe agressões sexuais físicas directas	5	3,5	138	96,5
46. Provocam danos aos seus bens ou à sua viatura	5	3,5	138	96,5

47. Manipulam as suas ferramentas de trabalho (ex. apagam ficheiros do seu computador)	7	4,9	136	95,1
48. Privam-no/a de alguns dos seus bens, documentos ou ferramentas de trabalho	9	6,3	134	93,7
49. Entregam relatórios confidenciais e negativos sobre si, sem o/a avisarem nem lhe darem uma oportunidade para se defender	15	10,5	128	89,5
50. As pessoas que o/a apoiam recebem ameaças, ou pressões para que se afastem	7	4,9	136	95,1
51. Devolvem, abrem ou interceptam a sua correspondência	8	5,6	135	94,4
52. Não lhe passam os telefonemas, ou dizem que não está	9	6,3	134	93,7
53. Perdem ou esquecem os seus pedidos ou encargos para si	9	6,3	134	93,7
54. Calam ou minimizam os seus esforços, êxitos e sucessos	28	19,6	115	80,4
55. Ocultam as suas habilidades e competências especiais	31	21,7	112	78,3
56. Exageram as suas falhas e erros	33	23,1	110	76,9
57. Informam mal sobre a sua permanência e dedicação	25	17,5	118	82,5
58. Controlam o seu horário de uma forma muito restrita	26	18,2	117	81,8
59. Quando solicita uma autorização, seminário/formação ou actividade à qual tem direito, negam-lho ou colocam-lhe obstáculos e dificuldades	39	27,3	104	72,7
60. Provocam-no(a) para o/a obrigar a reagir emocionalmente	23	16,1	120	83,9

Para cada uma das 9 dimensões da escala, estas definidas por João (2013) foi efectuada uma análise descritiva (Quadro 14).

A primeira dimensão diz respeito ao *desprestígio laboral*, calculada a partir de 11 itens, variou entre 0 e 2,73. A média é de 0,28 e um desvio padrão de 0,49.

No que se refere à segunda dimensão do *isolamento* que é calculada a partir de sete itens, esta variou entre 0 e 2,29, com uma média de 0,14 e um desvio padrão de 0,34.

Na terceira dimensão *ataques directos*, cujo cálculo é obtido a partir de oito itens, os valores observados foram entre 0 e 1,13. A média é de 0,04 e um desvio padrão de 0,17.

A quarta dimensão *desprestígio pessoal*, inclui sete itens e varia entre 0 e 1,86. Encontrou-se uma média de 0,09 e um desvio padrão de 0,26.

A quinta dimensão diz respeito à *manipulação profissional*, com seis itens e varia entre 0 e 2. A média é de 0,07 e o desvio padrão de 0,24.

O *bloqueio ao progresso*, sexta dimensão que inclui oito itens, no estudo oscilou entre 0 e 2,38, com média de 0,13 e desvio padrão de 0,30.

Na sétima dimensão, designada de *difamação*, integram-se cinco itens que na amostra em estudo variou entre 0 e 3, sendo que a média foi de 0,37 e o desvio padrão de 0,56.

O *bloqueio à comunicação*, oitava dimensão que se complementa com cinco itens, no estudo variou entre 0 e 3,40. Apresentou uma média de 0,63 e um desvio padrão de 0,66.

A última e nona dimensão, designada de *intimidação* é sustentada por três itens e variou entre 0 e 2. A média obtida foi de 0,08 e o desvio padrão de 0,29.

Analisando os valores do coeficiente de variação, percebe-se que existe uma dispersão elevada dos valores em todas as dimensões, conforme o definem Pestana e Gageiro (2008).

No que toca à simetria da amostra para as várias dimensões da variável mobbing, todas estas apresentaram uma distribuição assimétrica positiva, com valores Skewness/Std Error > 1,96 (Pestana & Gageiro, 2008), como se constata no Quadro 14.

Quanto aos valores de curtose percebe-se da mesma forma que a distribuição da amostra descreve uma curva leptocúrtica, com valores de Kurtosis/Std Error > 1,96 (Pestana & Gageiro, 2008).

Quadro 14 – Caracterização das 9 dimensões da variável Mobbing

	N	Min	Max	\bar{X}	dp	CV	Sk/EP	K/EP
Desprestígio laboral	143	0,00	2,73	0,28	0,49	173,72	14,001	22,698
Isolamento	143	0,00	2,29	0,14	0,34	232,32	17,849	38,333
Ataques directos	143	0,00	1,13	0,04	0,17	375,60	23,213	58,732
Desprestígio Pessoal	143	0,00	1,86	0,09	0,26	295,59	22,004	57,799
Manipulação Profissional	143	0,00	2,00	0,07	0,24	350,34	25,680	81,105
Bloqueio ao Progresso	143	0,00	2,38	0,13	0,30	226,14	19,364	54,213
Difamação	143	0,00	3,00	0,37	0,56	150,18	11,622	14,702
Bloqueio à Comunicação	143	0,00	3,40	0,63	0,66	104,29	6,458	4,368
Intimidação	143	0,00	2,00	0,08	0,29	357,03	21,291	49,651

Fazendo a análise dos três índices globais da variável dependente, percebe-se pelo Quadro 15 que, no que se refere ao NEAP este varia entre 0 e 60, e apresenta uma média de 8,67 com desvio padrão de 10,67, o que significa que os enfermeiros do estudo assinalam em média cerca de 8 condutas de agressão no seu local de trabalho.

Em relação ao IGAP este índice varia entre 0 e 2,08, com uma média de 0,20 e desvio padrão igual a 0,29, pelo que o grau de afectação global do assédio percebido pelos enfermeiros é em média de 0,20.

Por último o índice IMAP varia entre 0 e 14,42, com um valor média de 1,37 e um desvio padrão de 1,98, o que demonstra que a intensidade das estratégias de assédio moral, sentidas pelos enfermeiros é em média de 1,37.

Em relação a estes índices e, com base nos valores do coeficiente de variação como se verifica no Quadro 15, a dispersão da amostra é elevada.

Pelos quocientes de simetria, mantém-se uma amostra assimétrica positiva. E, quanto ao seu valor de Kurtosis/Std Error, a distribuição da amostra descreve uma curva leptocúrtica (Quadro 15).

Quadro 15 – Caracterização dos Índices Globais da Variável Dependente

	N	Min	Max	\bar{X}	dp	CV	Sk/EP	K/EP
NEAP	143	0,00	60,00	8,67	10,67	123,04	10,411	13,997
IGAP	143	0,00	2,08	0,20	0,29	144,87	16,196	37,873
IMAP	143	0,00	14,42	1,37	1,98	144,87	16,196	37,873

Questão 5: Em que medida as características sociodemográficas (género, idade e estado marital) influenciam as condutas de mobbing nos enfermeiros?

Na tentativa de determinar se as características sociodemográficas seleccionadas no estudo (género, idade e estado marital) exercem influência sobre as várias condutas da variável dependente mobbing, formulou-se a apresentada questão de investigação.

Para verificar se o género exerce ou não influência sobre o mobbing aplicou-se o teste de Mann-Whitney para ordenação das médias.

Desta forma, o que se determinou pelos dados obtidos é que, existem valores mais elevados no *género masculino* para a maioria das dimensões de mobbing e mesmo nos Índices Gerais, do que para o género feminino; com excepção para as condutas respeitantes às dimensões *ataques directos*, *manipulação profissional* e *intimidação* (Quadro 16). Face a isto, os homens estão mais expostos a condutas relacionadas com: a desvalorização e descrédito pelo seu trabalho (*desprestigio laboral*), de abandono e afastamento pelos colegas (*isolamento*), de humilhação pessoal, seja com base na crítica ou na mentira (*desprestigio pessoal e difamação*), impedimento de progresso profissional (*bloqueio ao progresso*) bem como, condutas que impedem o individuo de se manifestar ou exprimir (*bloqueio à comunicação*).

Contudo, como se pode apreciar pelo Quadro 16 apresentado, para nenhum dos casos se verificaram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que qualquer um

dos valores obtidos tem o seu $p > 0,05$. Pelo que se pode inferir que, para nenhum dos casos se verificou a influência do género nas condutas de mobbing sentidas pelos participantes do estudo.

Quadro 16 – Teste de Mann-Whitney: Género e Mobbing

Género	Feminino	Masculino	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	70,32	76,17	1920,000	0,417
Isolamento	71,41	73,48	2030,500	0,747
Ataques Directos	72,26	71,34	2064,000	0,821
Desprestígio Pessoal	71,13	74,17	2002,000	0,571
Manipulação Profissional	73,00	69,50	1988,500	0,438
Bloqueio ao Progresso	71,27	73,82	2016,500	0,686
Difamação	70,75	75,10	1964,000	0,554
Bloqueio à Comunicação	71,14	74,15	2003,000	0,691
Intimidação	73,50	68,28	1938,500	0,200
NEAP	69,87	77,30	1873,500	0,329
IGAP	70,09	76,76	1896,000	0,382
IMAP	70,09	76,76	1896,000	0,382

Para determinar a influência da idade (previamente recodificada em três grupos etários), sobre as condutas de mobbing passíveis de ser sentidas pelos participantes do estudo, efectuou-se o Teste de Kruskal-Wallis.

Face aos resultados obtidos, determinou-se que o grupo etário com idades *superiores ou iguais a 45 anos* representa aquele que tem valores mais elevados na sua distribuição de médias, na maioria das dimensões de Mobbing e inclusive para todos os índices gerais (Quadro 17). Distinguem-se assim as dimensões respeitantes a *desprestígio laboral, isolamento, desprestígio pessoal, bloqueio ao progresso, difamação, bloqueio à comunicação, intimidação* e, os índices *NEAP, IGAP, IMAP*.

O grupo etário correspondente aos indivíduos com *menos de 30 anos*, apresentou os melhores resultados para as condutas de mobbing, relativas às dimensões: *ataques directos e manipulação profissional*.

Não se distinguiram valores elevados para as diferentes condutas de mobbing para o grupo etário intermédio dos *30 aos 44 anos*.

Ainda assim, quanto à influência dos grupos etários sobre as várias condutas de mobbing, revelou não ser estatisticamente significativa, para nenhuma das dimensões e índices gerais.

Quadro 17 – Teste de Kruskal-Wallis: Grupos etários e Mobbing

Grupo Etário	<30 anos (n=36)	30 - 44 anos (n=78)	≥ 45 anos (n= 29)	Kw	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	74,36	66,42	84,09	4,522	0,104
Isolamento	73,60	69,99	75,41	0,618	0,734
Ataques Directos	76,13	69,25	74,28	2,787	0,248
Desprestígio Pessoal	73,54	69,40	77,07	1,605	0,448
Manipulação Profissional	74,21	70,71	72,74	0,540	0,763
Bloqueio ao Progresso	78,97	66,04	79,38	5,256	0,072
Difamação	70,29	71,14	76,43	0,465	0,792
Bloqueio à Comunicação	73,89	69,62	76,07	0,628	0,730
Intimidação	70,31	71,82	74,59	0,618	0,734
NEAP	75,10	67,63	79,91	2,150	0,341
IGAP	75,29	66,72	82,10	3,248	0,197
IMAP	75,29	66,72	82,10	3,248	0,197

No que diz respeito ao tratamento inferencial dos dados, para determinar a influência do estado marital sobre as condutas de mobbing, aplicou-se o Teste de Mann-Whitney para ordenação das médias.

Os elementos da amostra *com companheiro*, apresentaram os melhores valores em quase todas as dimensões de mobbing e respectivos índices gerais, com excepção da dimensão *bloqueio à comunicação* onde os valores de médias mais altos foram obtidos para os elementos da amostra *sem companheiro* (Quadro 18).

Contudo, estatisticamente a influência do estado marital sobre as condutas de mobbing, não registou valores de *p* significativos.

Quadro 18 – Teste de Mann-Whitney: Estado Marital e Mobbing

Estado Marital	Com companheiro	Sem Companheiro	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	73,74	66,41	1663,000	0,338
Isolamento	72,93	69,01	1751,500	0,566
Ataques Directos	72,38	70,78	1811,500	0,711
Desprestígio Pessoal	73,06	68,60	1737,500	0,435
Manipulação Profissional	72,95	68,96	1749,500	0,405
Bloqueio ao Progresso	74,75	63,18	1553,000	0,084
Difamação	72,08	71,75	1844,500	0,966
Bloqueio à Comunicação	71,20	74,56	1766,000	0,676
Intimidação	73,68	66,92	1670,000	0,103
NEAP	73,52	67,13	1687,500	0,430
IGAP	73,22	68,07	1719,500	0,525
IMAP	73,22	68,07	1719,500	0,525

Questão 6: Existe relação entre as características profissionais (formação profissional, categoria, serviço, tipo de horário e vínculo laboral, tempo de profissão, tempo no actual serviço) e o mobbing sentido pelos enfermeiros?

Com a finalidade de determinar se a formação profissional influencia a ocorrência de mobbing nos enfermeiros, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney.

Verificou-se que os elementos de enfermagem com *formação pós-graduada*, apresentaram melhores valores na sua ordenação de médias, para praticamente todas as dimensões de mobbing, sendo aqueles que mais sentem condutas relativas: à desvalorização do seu trabalho (*desprestígio laboral*); a ameaças de agressão seja ela física ou psicológica, levando ao desgaste físico e emocional (*ataques directos*); humilhações pessoais seja por características pessoais, valores ou crenças (*desprestígio pessoal*); a agressões dissimuladas, manipulando e privando o indivíduo de informações e instrumentos importantes com a persuasão dos colegas (*manipulação profissional*); a impedir o progresso profissional (*bloqueio ao progresso*); a críticas e criação de falsos rumores, com o intuito deliberado de prejudicar o enfermeiro (*difamação*); a impedir o enfermeiro de se expressar (*bloqueio à comunicação*); a ameaças deliberadas feitas e sentidas pelo indivíduo (*intimidação*), conforme é possível ver pela análise do quadro 19. é possível igualmente perceber-se que, é este mesmo grupo de elementos de enfermagem que apresentam os

melhores valores para os três índices globais, o que revela que estes profissionais sentem em maior frequência e intensidade as condutas de assédio moral.

Excepcionalmente, os enfermeiros que apresentam apenas *formação base* têm os melhores resultados na dimensão do *isolamento*, denotando-se que estes são aqueles que mais sentem atitudes e comportamentos que os conduz à solidão, ao abandono e afastamento dos colegas (Quadro 19).

Contudo, para nenhuma das dimensões ou índices gerais de mobbing se verificou valores de p significativos.

Quadro 19 – Teste de Mann-Whitney: Formação Profissional e Mobbing

Formação Profissional	Formação Base	Formação Pós-Graduada	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	68,77	80,02	1762,000	0,119
Isolamento	72,94	69,67	1995,500	0,611
Ataques Directos	70,01	76,94	1888,500	0,089
Desprestígio Pessoal	69,35	78,59	1821,000	0,086
Manipulação Profissional	71,67	72,83	2057,000	0,797
Bloqueio ao Progresso	68,94	79,61	1779,000	0,090
Difamação	71,59	73,02	2049,000	0,845
Bloqueio à Comunicação	70,85	74,87	1973,500	0,595
Intimidação	70,01	76,95	1888,000	0,088
NEAP	69,88	77,27	1875,000	0,333
IGAP	69,57	78,05	1843,000	0,266
IMAP	69,57	78,05	1843,000	0,266

Para se perceber se categoria profissional influencia as condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros, foi utilizado o Teste Kruskal-Wallis.

Pelos dados apresentados no Quadro 20, determina-se que os enfermeiros com a categoria de *enfermeiro-chefe*, são aqueles que apresentam os melhores resultados para as dimensões que dizem respeito ao *desprestígio laboral*, *isolamento*, *ataques directos*, *manipulação profissional*, *bloqueio ao progresso*, *difamação*, *bloqueio à comunicação*, *intimidação* e, inclusive em todos os índices gerais *NEAP*, *IGAP* e *IMAP*.

A categoria de *enfermeiro especialista*, apresentou uma média mais elevada na conduta de assédio moral respeitante ao *desprestígio pessoal*, o que demonstra que os enfermeiros especialistas sentem condutas de humilhação pessoal, baseadas na crítica ou mentira, relativas a si mesmo e aos seus valores e crenças.

Por sua vez, os *enfermeiros* da respectiva categoria e da categoria de *enfermeiro graduado* não revelaram valores elevados para nenhuma das dimensões de mobbing.

Na análise aos referidos resultados, encontraram-se valores estatisticamente significativos para as dimensões de *desprestígio laboral* ($p=0,049$), *ataques directos* ($p=0,003$), *desprestígio pessoal* ($p=0,042$), *bloqueio ao progresso* ($p=0,013$), *intimidação* ($p=0,007$) (Quadro 20).

Efectuada a ordenação de médias, foram utilizados testes para comparação múltipla de médias, a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre grupos. Face aos valores obtidos, verificou-se que as diferenças se localizam:

- na dimensão de *desprestígio laboral*, não foi possível localizar as diferenças;
- na dimensão de *ataques directos*, entre *enfermeiro graduado* e *enfermeiro especialista* ($p=0,004$);
- na dimensão de *desprestígio pessoal*, entre *enfermeiro graduado* e *enfermeiro especialista* ($p=0,030$);
- na dimensão de *bloqueio ao progresso*, entre *enfermeiro graduado* e *enfermeiro especialista* ($p=0,013$);
- na dimensão de *intimidação*, entre *enfermeiro graduado* e *enfermeiro chefe* ($p=0,017$).

A partir destes valores é possível inferir-se que à medida que se progride na carreira profissional de enfermagem, maior a percepção das vítimas quanto ao assédio moral no local de trabalho.

Pelo cálculo da variabilidade verifica-se que a categoria profissional explica 5,54% da variação da dimensão de *desprestígio laboral*; 9,68% da variação da dimensão de *ataques directos*; 5,78% da variação da dimensão de *desprestígio pessoal*; 7,61% da variação da dimensão de *bloqueio ao progresso* e, 8,64% da variação da dimensão de *intimidação*.

Quadro 20 – Teste Kruskal-Wallis: Categoria Profissional e Mobbing

Categoria Profissional	Enfermeiro (n=47)	Enfermeiro Graduado (n=68)	Enfermeiro Especialista (n=24)	Enfermeiro Chefe (n=4)	Kw	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	71,77	65,37	85,69	105,38	7,864	0,049
Isolamento	75,37	66,10	76,73	104,38	6,339	0,096
Ataques Directos	74,91	65,47	82,77	84,13	13,746	0,003
Desprestígio Pessoal	74,2	65,64	84,56	78,25	8,204	0,042
Manipulação Profissional	74,52	68,83	74,35	82,13	2,555	0,466
Bloqueio ao Progresso	74,21	63,70	87,92	91,63	10,801	0,013
Difamação	70,03	69,34	79,17	97,38	2,843	0,416
Bloqueio à Comunicação	71,78	68,34	80,27	87,25	2,082	0,556
Intimidação	71,82	67,71	79,77	100,50	12,272	0,007
NEAP	72,14	64,79	88,04	96,75	7,160	0,067
IGAP	72,49	64,64	88,06	95,00	7,062	0,070
IMAP	72,49	64,64	88,06	95,00	7,062	0,070

Para se determinar a influência que o Grupo de Serviço exerce sobre o mobbing sentido pelos enfermeiros, aplicou-se o Teste T-student.

As médias nas diferentes dimensões e índices globais, apresentaram-se bastante equilibradas (Quadro 21). Nas dimensões relativas a condutas de mobbing respeitantes a *desprestígio laboral*, *manipulação profissional*, *difamação*, *bloqueio à comunicação* e os indicadores *NEAP*, *IGAP*, *IMAP* registaram-se valores de médias mais elevados nos elementos de enfermagem que exercem funções em *serviços não diferenciados*.

Por outro lado, a média foi superior nos elementos que exercem funções em *serviços diferenciados*, para as condutas de mobbing das dimensões *isolamento*, *ataques directos*, *desprestígio pessoal*, *bloqueio ao progresso*, *intimidação*.

Contudo, de acordo com o quadro abaixo apresentado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, para nenhum dos valores de *p*.

Quadro 21 – Teste T-student: Grupo Serviço e Mobbing

Grupo Serviço	Diferenciados (n=65)		Não Diferenciados (n=78)		Levene's p	t	p
	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp			
Desprestígio Laboral	0,27	0,453	0,29	0,522	0,399	- 0,305	0,761
Isolamento	0,16	0,414	0,13	0,257	0,155	0,575	0,566
Ataques Directos	0,05	0,190	0,04	0,147	0,289	0,477	0,634
Desprestígio Pessoal	0,10	0,330	0,08	0,184	0,255	0,368	0,713
Manipulação Profissional	0,05	0,253	0,09	0,238	0,065	- 1,060	0,291
Bloqueio ao Progresso	0,14	0,359	0,13	0,248	0,430	0,170	0,865
Difamação	0,36	0,568	0,38	0,550	0,728	- 0,268	0,789
Bloqueio à Comunicação	0,57	0,733	0,68	0,594	0,307	- 1,012	0,313
Intimidação	0,12	0,365	0,05	0,209	0,009	1,367	0,174
NEAP	8,23	10,683	9,04	10,713	0,899	- 0,450	0,654
IGAP	0,19	0,314	0,20	0,262	0,566	- 0,176	0,861
IMAP	1,33	2,174	1,39	1,815	0,566	-0,176	0,861

No sentido de se perceber a influência que o Tipo de Horário tem nas condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros, recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney para trabalhar os resultados.

Constatou-se que, a ordenação de médias para os dois tipos de horário praticados pelos enfermeiros foi semelhante (Quadro 22). Assim, os enfermeiros que praticam *horário fixo*, apresentam médias superiores nas dimensões de *isolamento*, *ataques directos*, *desprestígio pessoal*, *manipulação profissional*, *bloqueio ao progresso* e *intimidação*. Denota-se desta forma que, estes profissionais têm maior percepção de condutas de mobbing relativas a comportamentos que os levam ao afastamento ou a ser colocados de parte, bem como relativas a agressões físicas e psicológicas directas ou não e, com carácter humilhante, deturpando-se a sua realidade com base em críticas ou mentiras e, impedindo-se o seu progresso profissional no serviço.

Os enfermeiros com *horário rotativo*, são os que apresentam os melhores valores nas dimensões que dizem respeito ao *desprestígio laboral*, à *difamação*, ao *bloqueio à comunicação* e, aos três indicadores globais *NEAP*, *IGAP* e *IMAP* (Quadro 22).

De acordo com os dados do quadro apresentado, existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões *Isolamento* ($p= 0,020$), *ataques directos* ($p= 0,006$), *desprestígio laboral* ($p= 0,014$) e *intimidação* ($p= 0,008$). Inferiu-se desta forma, que os enfermeiros que praticam um horário de trabalho fixo, são os que apresentam maior percepção de vivência de condutas de assédio moral.

Quadro 22 – Teste Mann-Whitney: Tipo de Horário e Mobbing

Tipo de Horário	Fixo (n=43)	Rotativo (n=100)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	70,24	72,76	2074,500	0,724
Isolamento	82,28	67,58	1708,000	0,020
Ataques Directos	79,71	68,69	1818,500	0,006
Desprestígio Pessoal	81,15	68,07	1756,500	0,014
Manipulação Profissional	77,47	69,65	1915,000	0,079
Bloqueio ao Progresso	73,65	71,29	2079,000	0,704
Difamação	69,62	73,03	2047,500	0,637
Bloqueio à Comunicação	66,06	74,56	1894,500	0,255
Intimidação	79,41	68,82	1831,500	0,008
NEAP	71,66	72,15	2135,500	0,949
IGAP	71,24	72,33	2117,500	0,886
IMAP	71,24	72,33	2117,500	0,886

Para verificar se o Tipo de Vínculo influencia o mobbing sentido pelos enfermeiros, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis.

Perante este teste, obteve-se que os enfermeiros com o vínculo com a instituição em *regime de contrato de trabalho em funções públicas* apresentaram valores de média superior nas dimensões respeitantes ao *isolamento*, *ataques directos*, *desprestígio pessoal*, *difamação* e *intimidação* (quadro 23).

Com semelhante distribuição de médias, os enfermeiros com *contrato de trabalho sem termo*, apresentaram valores altos para as dimensões de *desprestígio laboral*, *bloqueio ao progresso* e, em todos os indicadores globais *NEAP*, *IGAP*, *IMAP*, representando o grupo de enfermeiros cujas condutas de mobbing sentidas estão relacionadas com a desvalorização e descrédito do seu trabalho e impedimento do seu progresso profissional, sendo estas vivenciadas com maior frequência e amplitude, conforme os valores dos respectivos índices gerais.

Por sua vez, os enfermeiros com *contrato de trabalho a termo certo* apenas exibem melhor valor de médias na dimensão respeitante à *manipulação profissional*.

Os enfermeiros *trabalhadores independentes* apresentaram o melhor valor médio na dimensão do *bloqueio à comunicação*.

Contudo, como se pode determinar pelos valores de *p* apresentados no Quadro 23, não se denotaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 23 – Teste Kruskal – Wallis: Vínculo Laboral e Mobbing

Vínculo Laboral	RCTFP (n=99)	CIT (n=35)	CTTC (n=5)	TI (n=4)	Kw	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Desprestígio Laboral	71,64	78,76	43,50	57,38	4,297	0,231
Isolamento	74,11	68,20	64,10	62,88	1,322	0,724
Ataques Directos	73,26	70,36	64,50	64,50	1,563	0,668
Desprestígio Pessoal	74,14	69,67	57,50	57,50	3,000	0,392
Manipulação Profissional	71,27	74,64	75,50	62,50	1,205	0,752
Bloqueio ao Progresso	71,74	78,53	49,50	49,50	5,216	0,157
Difamação	73,53	70,51	71,70	47,50	1,723	0,632
Bloqueio à Comunicação	70,80	76,04	63,50	76,88	0,699	0,873
Intimidação	72,54	72,40	64,50	64,50	1,115	0,774
NEAP	72,21	75,56	53,70	58,50	1,678	0,642
IGAP	71,90	76,23	52,00	62,50	1,758	0,624
IMAP	71,90	76,23	52,00	62,50	1,758	0,624

A variável Tempo de Profissão, anteriormente recodificada em três grupos distintos, foi analisada inferencialmente pela ANOVA (Quadro 24). Constatou-se que os enfermeiros que trabalham à mais de 20 anos, são aqueles que apresentam melhores valores médios para as dimensões de *Desprestígio Laboral*, *Ataques Directos*, *Desprestígio Pessoal*, *Bloqueio ao Progresso*, *Intimidação* e, em todos os índices globais: *NEAP*, *IGAP* e *IMAP*.

Os enfermeiros que trabalham entre os 10 e 20 anos, apresentaram melhores valores médios a nível das dimensões de *isolamento*, *desprestígio pessoal* e *difamação*. por último, os enfermeiros com menos de 10 anos de serviço apresentam os melhores valores médios a nível da dimensão de *bloqueio à comunicação*.

No entanto, da análise de todos os resultados percebe-se que não se registaram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das dimensões de mobbing ou índices globais (Quadro 24).

Quadro 24 – Análise Anova: Grupo Tempo de Profissão e Mobbing

Grupo Tempo de Profissão	<10 anos (n=51)		10 – 20 anos (n=58)		>20 anos (n=34)		F	p
	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp		
Desprestígio Laboral	0,27	0,42	0,22	0,43	0,41	0,65	1,798	0,169
Isolamento	0,10	0,19	0,18	0,44	0,15	0,30	0,693	0,502
Ataques Directos	0,04	0,14	0,04	0,17	0,05	0,20	0,042	0,959
Desprestígio Pessoal	0,05	0,14	0,11	0,35	0,11	0,23	0,705	0,496
Manipulação Profissional	0,06	0,14	0,06	0,28	0,11	0,31	0,536	0,586
Bloqueio ao Progresso	0,13	0,22	0,12	0,36	0,17	0,30	0,375	0,688
Difamação	0,34	0,60	0,40	0,57	0,36	0,49	0,192	0,825
Bloqueio à Comunicação	0,67	0,64	0,61	0,61	0,62	0,78	0,124	0,883
Intimidação	0,06	0,21	0,09	0,33	0,11	0,34	0,298	0,743
NEAP	8,35	9,20	8,19	10,51	9,97	12,97	0,331	0,719
IGAP	0,18	0,21	0,19	0,32	0,23	0,33	0,364	0,695
IMAP	1,26	1,48	1,31	2,18	1,62	2,28	0,364	0,695

No que se refere à influência da variável Tempo no Actual Serviço sobre o mobbing vivenciado pelos enfermeiros, optou-se por uma análise ANOVA, para perceber a existência ou não dessa relação (Quadro 25).

Perante a observação dos valores médios, entende-se que é o grupo de enfermeiros que trabalha no mesmo serviço entre os 5 e os 10 anos que têm os melhores resultados, para todas as dimensões de mobbing e inclusive os valores dos índices globais. Claramente, se percebe que este grupo de enfermeiros admite sentir condutas de mobbing relacionadas com as várias dimensões da escala e, que inclusive são estes que as sentem com maior frequência e intensidade.

De acordo, com os valores de p, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente nas dimensões de *desprestígio pessoal* ($p = 0,047$) e *bloqueio ao progresso* ($p = 0,026$). Foi utilizado o teste Post Hoc (Tukey), para verificar a localização dessas diferenças encontradas.

Assim:

- na dimensão de Desprestígio Pessoal, não foi possível localizar as diferenças;
- na dimensão de Bloqueio ao Progresso, as diferenças localizam-se entre o grupo de enfermeiros que trabalha à menos de cinco anos no actual serviço e grupo de enfermeiros que trabalha entre 5 e 10 anos no mesmo serviço ($p = 0,032$).

Pelo cálculo da variabilidade, conclui-se que a variável grupo de tempo no actual serviço explica 4,26% da variação da dimensão desprestígio pessoal e, 5,09% da variação da dimensão bloqueio ao progresso.

Respondendo à questão de investigação colocada anteriormente, determina-se que existe relação da variável tempo no actual serviço e o mobbing sentido pelos enfermeiros.

Quadro 25 – Análise Anova: Grupo Tempo no Actual Serviço e Mobbing

Grupo Tempo no Actual Serviço	<5 anos (n=64)		5 – 10 anos (n=38)		>10 anos (n=41)		F	p
	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp		
Desprestígio Laboral	0,28	0,49	0,42	0,66	0,17	0,21	2,584	0,079
Isolamento	0,12	0,25	0,23	0,48	0,11	0,29	1,657	0,194
Ataques Directos	0,04	0,14	0,09	0,25	0,02	0,07	1,722	0,182
Desprestígio Pessoal	0,06	0,21	0,18	0,39	0,05	0,15	3,117	0,047
Manipulação Profissional	0,05	0,20	0,14	0,38	0,02	0,10	2,665	0,073
Bloqueio ao Progresso	0,09	0,20	0,25	0,47	0,09	0,20	3,751	0,026
Difamação	0,38	0,66	0,43	0,58	0,30	0,32	0,538	0,585
Bloqueio à Comunicação	0,60	0,64	0,68	0,65	0,63	0,72	0,177	0,838
Intimidação	0,07	0,26	0,09	0,25	0,09	0,37	0,051	0,950
NEAP	7,61	9,27	12,11	14,88	7,15	6,96	2,772	0,066
IGAP	0,18	0,25	0,28	0,42	0,15	0,14	2,323	0,102
IMAP	1,24	1,73	1,94	2,91	1,04	0,97	2,323	0,102

5. Discussão

Neste capítulo serão analisados e interpretados os resultados obtidos à luz da evidência científica já existente. “Na discussão dos resultados, o investigador esforça-se para precisar os limites da sua investigação” (Fortin, 2009, p. 495). Numa primeira parte, efectua-se uma reflexão acerca de toda a metodologia implementada e prossegue-se na última parte com a discussão crítica dos resultados.

5.1. Discussão Metodológica

Focado na percepção que os enfermeiros têm da vivência de mobbing no seu local de trabalho, desenrolou-se a presente dissertação que se impõe agora reconhecer as suas limitações metodológicas, para que efectivamente a percepção dê lugar ao conhecimento e compreensão de um fenómeno cujas repercussões são deveras danosas e irreversíveis.

A escolha do tema reporta-se a uma problemática cada vez mais actual e sentida nas várias instituições e organizações, um fenómeno social sem rosto, mas que afecta todos os que envolve. Deste modo, além do interesse pessoal do investigador em despertar atenção para o fenómeno do mobbing ou assédio moral nos enfermeiros, pretendeu-se igualmente, evoluir nos conhecimentos que contribuíssem para uma melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros e consequentemente, da qualidade dos cuidados prestados. Apesar da referida motivação, uma das limitações encontradas na abordagem inicial ao tema do mobbing foi a sua confusão com outro tipo de problemáticas que podem decorrer no local de trabalho nomeadamente, conflitos, burnout e stress.

A escolha metodológica por um estudo do tipo transversal, além de permitir alcançar os objectivos propostos para este trabalho, é vantajoso por ser económico, simples de organizar e pelo facto de fornecer dados imediatos e utilizáveis. Os dados são recolhidos num determinado momento, podendo recorrer-se a questionários e, a análise dos dados mediante estatísticas descritivas possibilitando, o estabelecer de correlações. Contudo, é de alcance mais limitado, como se conseguiria com um estudo longitudinal, uma vez que este

último facultaria uma recolha de dados periódica com o intuito de avaliar mudanças que surgem no tempo e estabelecer assim, relações e diferenças entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009). Deste modo, para determinar a percepção de assédio moral nos enfermeiros, os dados foram recolhidos apenas no momento de decurso da investigação, fornecendo assim os dados ditos imediatos porém de alcance limitado, por não possibilitar a avaliação das várias vivências de mobbing e seus efeitos nas vítimas, ao longo do tempo não dando deste modo seguimento à problemática em estudo.

Neste estudo, é de ressaltar que o número de enfermeiros participantes da amostra é reduzido. Contudo, constituída por uma diversidade de elementos, relativamente a cada uma das variáveis independentes seleccionadas, facilitando uma riqueza maior de experiências partilhadas, vinda de enfermeiros de diferentes categorias profissionais e serviços hospitalares. A escolha pelo método de amostragem não probabilística por conveniência, também se mostra uma limitação ao estudo, uma vez que os indivíduos foram escolhidos por estarem no local e no momento certo. A amostra foi sendo constituída à medida que os enfermeiros se encontravam nos respectivos serviços e, inclusive numa única instituição hospitalar, impedindo assim, a generalização dos resultados quer a nível regional quer nacional. É igualmente desvantajoso, pois a opção por este método não permite avaliar com precisão o grau de representatividade (Fortin, 2009).

Quanto à escala LIPT-60 utilizada no instrumento de colheita de dados, foi escolhida por permitir analisar a percepção ou experiência de condutas de agressão a que podem estar sujeitos os indivíduos no seu local de trabalho. Foi efectuada a consistência interna da escala LIPT-60, que garantiu uma fiabilidade *muito boa*, de 0,96 de acordo com o coeficiente de Alpha de Cronbach. Em relação à organização interna dos diversos itens da escala, foi aceite a da escala validada por João (2013), dispensando-se a realização do estudo psicométrico, uma vez que a autora de referência o havia já efectuado. Impõe-se assim como uma das limitações ao estudo, já que não foi efectuada a análise factorial das várias dimensões da escala.

Além do questionário anteriormente descrito, este instrumento de colheita de dados incluiu questões e escalas referentes a outras variáveis de duas investigações distintas, o que o tornou extenso, revelando-se desvantajoso por ser demorado e cansativo no seu preenchimento, não se colocando de parte a possibilidade de ter afectado algumas das respostas.

Ainda que, algumas das limitações e desvantagens referidas, possam parecer condicionar de alguma forma o estudo, os métodos utilizados foram escolhidos por serem os melhores e mais viáveis para a investigação, não deixando de se cumprir todos os critérios

inerentes. Carece de confirmação com estudos já existentes, no entanto pode-se inferir que os procedimentos metodológicos implementados não comprometeram a consecução dos objectivos, sendo uma mais valia na compreensão e percepção do mobbing na realidade profissional dos Enfermeiros, como se poderá demonstrar a seguir.

5.2. Discussão dos Resultados

Este é o momento em que todos os dados uma vez analisados, vão ser interpretados e sobre os quais recai uma reflexão, sem esquecer os conhecimentos já existentes sobre a temática em causa. Para facilitar a estruturação deste subcapítulo, a ordem de discussão será exposta com base nas várias questões de investigação levantadas, conforme decorreu no anterior capítulo 4.

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por mulheres (71,3%); a média de idades é de 37,57 anos, tendo o enfermeiro mais novo 24 anos e o mais velho 56 anos. Quanto ao estado marital, a maioria dos inquiridos tem companheiro (76,2%). O estudo foi implementado ao grupo de enfermeiros a trabalhar em diferentes serviços no HSM, da ULS, Guarda, E.P.E. Estes dados cruzam-se com os publicados pela Ordem dos Enfermeiros, relativos a 2012 em que para o distrito da Guarda (local regional onde o estudo decorreu) se identificaram 786 enfermeiras (75,8%) e 251 enfermeiros (24,2%), existindo inclusive a nível nacional uma predominância do género feminino (81,4%) sobre o masculino (18,6%) (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os enfermeiros graduados, correspondem à categoria profissional com maior representatividade no estudo (47,5%), seguidos do enfermeiro (32,9%), enfermeiros especialistas (16,8%) e enfermeiro-chefe (2,8%). Estes dados, seguem a tendência nacional na população de enfermeiros existem cerca de 81,2% de enfermeiros generalistas (enfermeiros e enfermeiros graduados); 18,9% de enfermeiros especialistas e apenas 2% de enfermeiros ocupam cargos de gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A maioria pratica um horário rotativo (69,9%) e com um vínculo laboral estável – em regime de contrato de trabalho em funções públicas (69,2%), desempenhando funções à 10-20 anos (40,6%). Os serviços mais representados são os serviços considerados neste estudo como não diferenciados (54,5%). De todos os inquiridos, é possível afirmar-se que a maioria trabalha nos respectivos serviços à menos de 5 anos (44,8%).

De forma geral, os dados obtidos vão também de encontro ao estudo de Carvalho, G. (2010) cuja amostra era igualmente constituída maioritariamente por mulheres (77,2%), sendo que a média de idades dos seus enfermeiros participantes era de 38,8 anos em que o elemento mais novo tinha 22 anos e o mais velho 67 anos. Estes também, maioritariamente enfermeiros graduados (66,2%), com tempo de serviço inferior a 16 anos (53,1%) e com menos de 11 anos no actual serviço (64,9%). Trabalham por turnos (69,2%) e, possuem de igual forma ao estudo actual um vínculo laboral estável, referindo-se a autora a uma situação de efectividade no quadro da instituição (84,2%).

Questão 1: Que percepção de mobbing têm os enfermeiros no seu local de trabalho?

A variável dependente em estudo: mobbing/assédio moral, foi operacionalizada, como já referido anteriormente, por um conjunto de perguntas que a permitiram caracterizar e, igualmente com a implementação da escala LIPT-60.

Constatou-se que face ao conhecimento desta temática cerca de metade (51,0%) dos enfermeiros participantes do estudo, já tinham ouvido falar da mesma, sendo que a sua maioria são mulheres (52,0%). Estes valores vão de encontro ao estudo de João (2013) que refere que a maioria dos enfermeiros (55,38%) que participaram no seu estudo já ouviram falar da problemática mobbing/assédio moral.

Apesar de metade dos enfermeiros demonstrar conhecimento da existência deste fenómeno, outra metade desconhece a temática, o que sugere a existência de um largo caminho a percorrer não só na compreensão do que representa o mobbing/assédio moral, mas igualmente, na identificação desta vivência que permita o delinear de estratégias que ajudem à prevenção e superação do problema, sobretudo para as vítimas.

Quando confrontados, os enfermeiros do estudo, com a questão de terem presenciado algum caso de assédio moral no seu local de trabalho, cerca de 47,9% admitiram que sim, verificando-se que na maioria dos casos essas condutas provém de um médico (40,0%), seguido de um superior hierárquico (37,1%), com idades compreendidas entre os 41-50 anos (48,6%). Estes dados mostram que, a maior parte dos enfermeiros participam deste processo, na maioria das vezes, na condição de espectadores e, que o abuso quando ocorre deriva de indivíduos mais velhos, sejam eles de outras categorias profissionais ou superiores hierárquicos, demonstrando que o mobbing ocorre predominantemente de forma descendente. Ainda assim, 28,6% dos casos são identificados

como mobbing horizontal, ou seja aquele que ocorre por parte de um colega em igual posição hierárquica.

Esta amostra, parece comportar-se de forma semelhante à de João (2013), já que no estudo da autora, 49,43% dos participantes já foram espectadores de condutas de mobbing a colegas, onde o mobbing descendente assume do mesmo modo, o principal método de mobbing exercido sobre as vítimas, em que o principal agressor é identificado como sendo o superior hierárquico (no caso especifica o enfermeiro-chefe, 42,44%) e o médico (29,03%). A idade dos agressores é também apontada como sendo compreendida entre os 40-50 anos (57,05%). Igualmente, Verdasca e Pereira (2011) admitem que no que se refere aos agressores, estes pertencem a um nível organizacional superior ao da vítima. No estudo de Hirigoyen (2002), 58% dos casos de mobbing assinalados, considerou o assédio proveniente de superior hierárquico e, apenas 12% dos casos provém de colegas directos.

No que se refere a ter consciência de ser vítima de mobbing, mais de metade dos enfermeiros (58,0%) diz nunca ter sofrido maltrato psicológico no seu local de trabalho, ainda que uma percentagem importante tenha admitido que sim (42,0%), durante um período de 6 meses (24,1%). Esta avaliação é fundamental, pois perceber a duração deste fenómeno, poderá facilitar a sua detecção e assim, minimizar as consequências que daí podem advir. Estes resultados, podem estar relacionados com o facto do estudo ser aplicado a uma amostra indiferenciada e, sem ser a partir de casos que se definem como assediadas (Hirigoyen, 2002). Na tentativa de obter o conhecimento acerca da duração de vivência desta problemática, alguns dos participantes referiram ter sido por alguns dias ou nunca terem dado por isso, o que não foi levado em consideração no estudo, uma vez que contraria os próprios conceitos de frequência e intensidade inerentes ao assédio moral, fazendo deste um acontecimento tão perturbador.

Estes dados são superiores aos obtidos no estudo de Carvalho, G. (2010), onde 42,6% dos inquiridos tinham presenciado condutas de mobbing, embora apenas 29,8% admitisse ter sido ou estar a ser vítima de abuso moral no seu local de trabalho. Porém, os mesmos dados são em parte corroborados por João (2013), que refere que as vítimas conscientes de mobbing, referem maioritariamente sofrer essas condutas desde há 6 meses (21,02%). No entanto, no actual estudo não foi determinada a percepção que os inquiridos tinham de repetição de condutas de mobbing, sendo uma limitação encontrada ao estudo. Deste modo, não é possível perceber outro dos efeitos caracterizadores de mobbing que, remete para a frequência sentida das condutas de mobbing, que de acordo com Leymann (1990, p. 120) é fundamental para perceber a vítima de mobbing, toda aquela que sofre uma

ou mais condutas de mobbing, que decorrem de forma sistemática, recorrentemente (pelo menos uma vez por semana) e, no mínimo por 6 meses.

Questão 2: Quais as consequências mais frequentes do assédio moral percebido?

Pela gravidade que implica ser vítima de assédio moral no local de trabalho, foi imperativo identificar quais as consequências mais frequentes associadas a este problema percebido. Cinco das consequências mais apontadas pelos inquiridos do estudo foram ansiedade, pesadelos e insónias (67,6%), medo e insegurança (40,0%), isolamento social (20,6%), depressão e manifestações físicas (diarreia, vômitos, náuseas, tonturas, dores...) (17,6%) e alterações no seio familiar (14,7%).

Di Martino (2002), citado por Guimarães e Rimoli (2006, p. 188) admite que o processo de vivência de mobbing é responsável pelo aumento de stress e tensão e, diminuição de bem-estar psicológico.

Os principais efeitos adversos da violência psicológica na saúde: ansiedade, depressão, sintomas psicossomáticos, agressividade, desconfiança, prejuízos cognitivos (...) isolamento e solidão, deterioração das relações interpessoais e transtorno por stress pós-traumático.

No estudo de João (2013), os principais problemas de saúde referidos pelas vítimas foram: ansiedade (71,48%), insónias (69,37%), irritabilidade (67,96%), sentimentos de frustração, fracasso e impotência (67,96%) e sentimento de insegurança (63,73%). Neste, 13,90% dos sujeitos tiveram necessidade de pedir atestado médico. Na sua variegada definição o mobbing ou assédio moral, consiste numa conduta persecutória reiterada e prolongada cujo desgaste físico e psíquico do trabalhador, são consequências carregadas de intensidade que decorrem quase de forma inevitável, para as suas vítimas.

Apenas parte destes dados, vão de encontro aos obtidos no estudo actual. Verificou-se que só uma percentagem muito reduzida (2,9%) refere o sentimento de tristeza, decepção e impotência como uma das consequências sentidas. Nenhum dos enfermeiros da amostra apontou o atestado médico como consequência de mobbing, o que pode demonstrar que a experiência deste fenómeno não teve repercussões nas vítimas com implicações organizacionais, nomeadamente o absentismo.

A saúde dos enfermeiros fica efectivamente comprometida quando submetido ao assédio moral, as insónias, ansiedade, irritabilidade, cefaleias e outras manifestações

psicológicas e físicas, invadem a sua esfera pessoal e profissional. Em menor escala, mas não menos importante, o sentimento de insegurança, os pesadelos, a frustração/fracasso, o sentimento de impotência, caracterizam um sintoma de que estes profissionais foram magoados e humilhados no seu contexto de trabalho (Carvalho, G. 2007). Ainda assim, segundo os dados da autora, a maioria dos enfermeiros (80%) não recorreu ao atestado médico.

Mediante comparação com estudos já existentes, a exploração das causas identificadas pelos profissionais é importante na melhor percepção do fenómeno, sendo elas diversas e distintas. No entanto, uma das limitações encontradas nesta etapa, foi o facto de não terem sido exploradas as causas que os enfermeiros identificam como potenciais de proporcionar as condições ideais ao mobbing, o que contribuiria para o enriquecimento do estudo actual e, assim melhorar a sua compreensão.

Questão 3: Que estratégias são utilizadas mais frequentemente para superar o abuso psicológico sofrido?

Das várias estratégias possíveis de serem utilizadas pelas vítimas de assédio moral para resistir e ultrapassar esta dificuldade, as cinco mais assinaladas pelos enfermeiros do estudo foram: Aprende e não se deixa perturbar e não entra no jogo do agressor (73,5%), Indiferença perante as situações de abuso (38,2%), Procura apoio de pessoas de confiança (familiares, amigos...) (38,2%), Dá conhecimento às pessoas responsáveis e competentes, relacionadas com a sua profissão (sindicatos, administradores, superiores hierárquicos...) (29,4%), Reage com humor (26,5%).

Nesta situação, os dados obtidos foram distintos dos obtidos por João (2013) que identificou que os enfermeiros vítimas de mobbing têm a necessidade de partilhar as suas agressões com alguém (72,20%). Para Carvalho, G. (2007), a maioria dos enfermeiros já partilhou/denunciou a alguém a percepção de condutas de assédio moral (87%), o que constitui uma mais valia para o enfermeiro.

Contar o que está a viver, é um aspecto fundamental na identificação e denúncia do mobbing, sendo uma forma extremamente útil no combate a este fenómeno, pois ao tornar públicas as agressões que ocorrem seja para colegas, superiores hierárquicos, familiares, amigos ou sindicatos a vítima será escutada, compreendida e levará a que todos encarem isto de forma real e verídica não sendo apenas um até de violência que acontece longe dos olhares de todos. Contudo, os enfermeiros do estudo actual na sua maioria optam por não se deixar perturbar e entrar no jogo do agressor.

Questão 4: Quais as condutas de mobbing/assédio moral mais sentidas no local principal de trabalho?

Quando analisadas cada uma das condutas de mobbing descritas na escala LIPT-60, assinaladas positivamente, obteve-se que cinco das mais assinaladas pelos enfermeiros foram *Interrompem-no* (a) quando fala (53,8%); *Criticam o seu trabalho* (53,8%); *Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer* (45,5%); *Criticam a sua vida privada* (40,6%) e, *Caluniam-no(a) e falam nas suas costas* (39,2%). Estas formas de agressão inserem-se nas dimensões de bloqueio à comunicação e difamação.

Querem estes dados dizer que, os enfermeiros sentem condutas de assédio moral que se relacionam com comportamentos que impedem o indivíduo de se exprimir (seja por o interromperem ou repreender quando fala) e, com actos que levantam falsos rumores e críticas. Assim sendo, os enfermeiros sentem mais as condutas que ocorrem de forma dissimulada e, que não deixam provas físicas.

Estes dados são corroborados por estudos de diferentes investigadores, João (2013), Saraiva e Pinto (2011) e Carvalho, G. (2010). No estudo de João (2013), as condutas de mobbing mais referidas pelas vítimas foram: *Interrompem-no(a) quando fala* (64,92%); *Criticam o seu trabalho* (60,86%); *Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer* (55,38%); *Caluniam-no/a e falam nas suas costas* (38,05%) e, *Os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar* (38,08%). Estas formas de agressão moral, tal como no estudo actual estão ligadas às dimensões de bloqueio à comunicação e difamação. Para ela, estas são também condutas subtis que, não deixam marcas físicas e, que por isso são tão difíceis de comprovar, tal como Leymann (1996) já havia referido.

Carvalho, G. (2010) acrescenta que, estas estratégias revelam que o principal objectivo do agressor é destabilizar a vítima ao ponto de comprometer a comunicação entre os sujeitos que intervêm nela, assim como desacreditar, desprestigiar a vítima no seu local de trabalho. Os métodos de agressor consistem em desconsiderar a vítima ao lado dos seus colegas, assim como limitar a sua comunicação, sendo que à vítima é-lhe negado o direito de se expressar e fazer ouvir. “O obstáculo à comunicação é notória, como também existe uma profunda preocupação em invadir a vida privada e profissional dos enfermeiros” (Carvalho, G., 2010, p. 36).

O mobbing “(...) trata-se de um crime perfeito que não deixa vestígios. Um assassinato silencioso e limpo, em que não ficam marcas e em que a obtenção de provas poderá ser complicada e difícil” (Piñuel, 2005 cit in João, 2013, p. 256).

Na análise descritiva às dimensões da escala LIPT-60, constatou-se que as agressões sentidas com maior intensidade foram as relacionadas com a dimensão de bloqueio à comunicação ($\bar{X} = 0,63$). As dimensões de difamação ($\bar{X} = 0,37$) e desprestígio laboral ($\bar{X} = 0,28$) registaram também valores que revelam que estas são dimensões sentidas com intensidade significativa. Por outro lado, a dimensão que registou vivências das suas condutas com menor intensidade foi a correspondente a ataques directos ($\bar{X} = 0,04$). Estes resultados permitem inferir que são os actos com maior subtilidade, sofisticados de carácter mais psicológico, os mais frequentemente identificados pelas vítimas de mobbing. Reforça-se assim o já anteriormente exposto neste trabalho, que o mobbing é caracterizado por um conjunto de comportamentos ou condutas dissimulados, ao contrário dos comportamentos de violência clara, deliberada e mais do foro físico, tornando-o assim um fenómeno complexo com efeitos morais e psicológicos cuja identificação é difícil.

Confrontando estes dados, com os de João (2013) percebem-se algumas semelhanças, já que as agressões vividas com maior intensidade foram o bloqueio à comunicação ($\bar{X} = 0,95$) e o desprestígio laboral ($\bar{X} = 0,48$), ainda que no caso do estudo actual as condutas relacionadas com dimensão difamação assumam uma posição predominante em relação a esta última. Contudo, os dados voltam a encontrar-se quando João (2013) confirma que a dimensão vivida com menor intensidade foi a correspondente aos ataques directos ($\bar{X} = 0,04$).

De igual forma, estes pressupostos são confirmados por Carvalho, G. (2010), referindo que de todas as dimensões da escala, aquela que foi vivida com maior intensidade por parte dos enfermeiros foi a de bloqueio à comunicação ($\bar{X} = 0,70$) seguida da Desprestígio Laboral. A sentida com menor intensidade, foi de facto a relacionada a eventuais agressões físicas e psicológicas directas – ataques directos.

Fazendo a análise dos vários índices globais, no estudo actual confirmou-se que os enfermeiros da amostra assinalam em média cerca de 8 condutas de assédio moral (NEAP) no seu local de trabalho ($\bar{X} = 8,67$), com um grau de afectação (IGAP) quase nulo ($\bar{X} = 0,20$) e intensidade (IMAP) fraca ($\bar{X} = 1,37$).

O estudo de Saraiva e Pinto (2011), aplicado a uma amostra de enfermeiros com características semelhantes às do estudo actual, demonstrou igualmente, conclusões semelhantes. Para estes, em média cada enfermeiro vivencia 9 condutas de mobbing (NEAP) no seu local de trabalho, com um feito (IGAP) quase nulo ($\bar{X} = 0,23$) e de intensidade (IMAP) fraca ($\bar{X} = 1,42$). Salientam ainda o aspecto de que “ (...) um assédio de fraca intensidade durante um longo período de tempo pode ser tão prejudicial quanto um

assédio intenso sofrido durante pouco tempo, com repercussões igualmente negativas (...)" (Carvalho, 2010 cit in Saraiva & Pinto, 2011, p. 90).

Questão 5: Em que medida as características sociodemográficas (género, idade e estado marital) influenciam as condutas de mobbing nos enfermeiros?

Através da análise inferencial dos dados, determinou-se a influência das características sociodemográficas sobre as condutas de mobbing percebidas pelos enfermeiros. Ainda que sem diferenças estatisticamente significativas, para nenhum dos casos, obteve-se quanto ao *género* que, são os enfermeiros do género masculino que sentem em média mais condutas de assédio moral e, igualmente com maior intensidade. Este aspecto, pode estar relacionado com o facto de os homens serem uma minoria na profissão de enfermagem, e serem por isso os principais alvos do mobbing, justificando o facto de serem eles a apresentar valores de índices globais (NEAP, IGAP e IMAP) mais elevados do que as mulheres (João, 2013). As dimensões cujas condutas são mais identificadas pelos homens relacionam-se com a desvalorização e descrédito pelo seu trabalho - desprestígio laboral; de abandono e afastamento por partes dos colegas – Isolamento; de humilhação pessoal, seja com base na crítica ou na mentira – desprestígio pessoal e difamação; de impedimento de progresso profissional e até mesmo que o mesmo se manifeste e se exprima – bloqueio ao progresso e bloqueio à comunicação. As mulheres assinalam as dimensões respeitantes a ataques directos, manipulação profissional e intimidação, como as condutas de mobbing mais sentidas por elas.

O *grupo etário* que, na maioria das dimensões está sujeito a mais estratégias de é o que se caracteriza por elementos de enfermagem com idades iguais ou superiores a 45 anos, nomeadamente as que se relacionam com desprestígio laboral, isolamento, desprestígio pessoal, bloqueio ao progresso, difamação, bloqueio à comunicação e intimidação. São estes que apontam em média mais condutas de mobbing sentidas e com maior intensidade, conforme ditam os resultados dos índices globais. Nos dias correntes, é comum o sentimento de que se assiste cada vez mais a uma desvalorização da experiência profissional, muitas vezes isso conduz a casos de injustiça e mobilidade perante pessoas de categorias etárias mais velhas. O factor económico associado – mínimo custo, faz muitas vezes que se opte por faixas etárias mais novas, não só pela renovação dos quadros da empresa, como em alguns casos, também pela baixa remuneração atribuída. Todos estes aspectos, podem ser contributo para que as faixas etárias mais velhas sejam de facto, as

que sentem mais condutas de assédio moral e com maior intensidade, além do sentimento associado de incapazes de assumir novos papéis e funções.

Os enfermeiros com menos de 30 anos, por sua vez são aqueles que referem sentir condutas de mobbing marcadas pela violência física e psicológica directa – ataques directos bem como, todas as condutas mais dissimuladas, que visam a privação de instrumentos de trabalho e informações importantes para o seu desempenho profissional – manipulação profissional.

Os enfermeiros com companheiro (casado/união de facto) são também aqueles que sentem em médias mais condutas de assédio e com maior intensidade em praticamente todas as dimensões, exceptuando as condutas da dimensão bloqueio à comunicação, sentida sobretudo pelos indivíduos do estudo sem companheiro (solteiro, divorciado/separado, viúvo).

Estes dados são em parte corroborados pelo estudo de Saraiva e Pinto (2011) que identificou que os enfermeiros sujeitos a mais estratégias de mobbing são homens, solteiros e com idades compreendidas entre os 47-56 anos. Carvalho, G. (2010) comprova os mesmos dados, admitindo que são mais os homens que consideram ser vítimas de maltrato psicológico no seu local de trabalho, em detrimento das mulheres.

Relativamente à idade, são vários os investigadores que alcançaram resultados semelhantes, admitindo que são os enfermeiros com mais de 40 anos que percebem mais condutas de assédio psicológico e inclusive vivem-nas com mais intensidade (Riviera & Abuín, 2005; Carvalho, 2007; Barbosa *et al.*, 2011 cit in Saraiva & Pinto, 2011). Hirigoyen (2002, p. 83) vem confirmar através do seu estudo que existe uma predominância de assédio moral em indivíduos com mais de 50 anos, “ (...) considerados como tendo desempenhos inferiores ou como não sendo suficientemente adaptáveis.” A mesma autora acrescenta ainda que, em muitos casos as empresas colocam em confronto os mais novos e os mais velhos, “os antigos são apontados aos jovens recém-chegados numa perspectiva negativa (...)”, já que as direcções encaram a experiências dos assalariados mais velhos como um núcleo de resistência aos objectivos de mobilidade e de flexibilidade (Hirigoyen, 2002, p. 86).

A busca desenfreada pela modernização das empresas, aliada à precariedade das relações de trabalho, tem vindo a afectar de forma significativa os trabalhadores mais velhos no mundo inteiro, julgados menos produtivos e incapazes de rentabilizar à velocidade exigida (Luna, 2003 como citado em Carvalho, 2007, p. 50).

No que concerne ao *estado marital*, os dados obtidos não se cruzam com os de estudos anteriores, seja por Saraiva e Pinto (2011) como referido atrás no texto, seja por Carvalho, G. (2007) onde os enfermeiros não casados (divorciados, separados, viúvos ou solteiros) do seu estudo, experimentaram mais condutas de assédio psicológico do que aqueles que estão casados, sendo no entanto estes últimos que percebem de forma mais intensa as condutas assediadas.

Respondendo à questão de investigação colocada inicialmente e, mediante tudo o que foi exposto, as variáveis sociodemográficas não influenciam as condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros. Significa isto pois, que as condutas de assédio moral poderão acontecer independentemente do género, idade ou estado marital.

Questão 6: Existe relação entre as características profissionais (formação profissional, categoria, serviço, tipo de horário, vínculo laboral, tempo de profissão, tempo no actual serviço) e o mobbing sentido pelos enfermeiros?

Ao reflectir sobre as características profissionais da amostra, procura-se determinar de que forma estas têm relação com o assédio moral que é experimentado pelos enfermeiros.

Considerando em primeiro lugar a *formação profissional* dos enfermeiros do estudo, estes na amostra caracterizam-se por cerca de 71,3% apresentar formação base (bacharelato; licenciatura) e apenas 28,7% dos participantes têm formação pós-graduada (pós-graduação; mestrado; doutoramento; pós-doutoramento e pós-licenciaturas). Só nos últimos anos, a enfermagem tem assistido a uma crescente necessidade e exigência quanto à formação académica, o que pode explicar a grande diferença de valores entre os dois grupos. No que diz respeito à influência desta variável com as condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros no seu local de trabalho, determinou-se que são os enfermeiros com formação pós-graduada (pós-graduação; mestrado; doutoramento; pós-doutoramento; pós-licenciaturas em enfermagem) que referem sentir mais condutas de mobbing relacionadas com quase todas as dimensões, designadamente: desprestígio laboral, ataques directos, desprestígio pessoal, manipulação profissional, bloqueio ao progresso, difamação; bloqueio à comunicação; intimidação; sentindo-as com maior frequência e intensidade.

Exceptua-se no entanto, a dimensão de isolamento onde se registou o melhor valor médio na porção da amostra de enfermeiros com formação base (bacharelato; licenciatura). Desta forma, consegue perceber-se que os enfermeiros com menos formação específica são aqueles que sentem condutas de assédio moral que os conduz à solidão, abandono e afastamento dos colegas. Pode deduzir-se daqui que, nem sempre as vítimas são escolhidas pela sua incompetência, pelo contrário. Como afirmado anteriormente neste trabalho, em muitos dos casos, a necessidade de infligir deliberadamente dano relaciona-se com capacidades que os indivíduos apresentam (Hirigoyen, 2002). São pessoas habitualmente invejadas, por apresentarem um conjunto de características pessoais e profissionais que as tornam brilhantes e atractivas (João, 2013).

Os dados de João (2013) cruzam-se com os do estudo actual no sentido em que também ela concluiu que são os enfermeiros que apresentam habilitações académicas mais elevadas (nomeadamente, detentores do título de mestrado) aqueles que se distinguem por sofrer um maior número de condutas de mobbing e com maior intensidade (seja global, seja por conduta).

Ainda assim no estudo actual, não se registaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que se pode inferir que, no que diz respeito à formação profissional, esta não tem relação com as condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros.

Para a *categoria profissional*, determinou-se que os enfermeiros-chefes apresentaram os melhores resultados médios para quase todas as dimensões de mobbing: desprestígio laboral, isolamento, ataques directos, manipulação profissional, bloqueio ao progresso, difamação, bloqueio à comunicação e intimidação. São inclusive estes, a referir sentir maior número de condutas de mobbing e, igualmente com maior intensidade global e de condutas. Apenas na dimensão de desprestígio pessoal, aquela que se relaciona com condutas de humilhação pessoal, a si, aos seus valores e crenças, baseadas na crítica ou mentira; se registou que são os enfermeiros especialistas a referir mais condutas de assédio psicológico vivenciadas deste âmbito. Percebe-se que à medida que se ascende na categoria profissional, maior o número de condutas de mobbing que os enfermeiros afirmam vivenciar. No entanto, a progressão na carreira não é exclusivamente dependente do tempo de serviço, além do que o número de enfermeiros-chefes participantes na amostra é muito pequeno (2,8%), o que poderá explicar os resultados obtidos.

No estudo actual, confirma-se que existe relação entre a categoria profissional e as condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros; contudo, apenas para as dimensões de desprestígio laboral ($p = 0,049$), ataques directos ($p = 0,003$), desprestígio pessoal ($p =$

0,042), bloqueio ao progresso ($p = 0,013$) e intimidação ($p = 0,007$) que se relacionam significativamente. As diferenças estatisticamente significativas encontradas, localizam-se entre a categoria de enfermeiro graduado e enfermeiro especialista (ataques directos [$p = 0,004$]; desprestígio pessoal [$p = 0,030$]; bloqueio ao progresso [$p = 0,013$]) e, entre enfermeiro graduado e enfermeiro chefe (intimidação [$p = 0,017$]).

Estes dados são apoiados por João (2013) que verificou que os enfermeiros com cargos de chefia, vivenciavam em média mais condutas de mobbing e, com maior intensidade do que os restantes enfermeiros, ainda que no caso não tenha encontrado relação entre esta categoria e as condutas experienciadas pelos mesmos.

As médias obtidas para determinar a influência que o *grupo de serviço* onde os enfermeiros trabalham tem sobre o assédio moral vivido pelos mesmos, vêm demonstrar que os enfermeiros que trabalham em serviços não diferenciados (Medicinas; U-AVC; Unidade de Oncologia; Pneumologia; Cirurgia Mulheres e Homens; Ortopedia Mulheres e Homens; Pediatria; Consulta externa; Saúde ocupacional; ORL/Oftalmologia) sentem mais condutas respeitantes a desprestígio laboral, manipulação profissional, difamação, bloqueio à comunicação. São também estes, que vivenciam em média mais condutas de mobbing e com maior grau de intensidade.

Por outro lado, os enfermeiros que trabalham em serviços diferenciados (Urgência Geral; Urgência Pediátrica; UCIP; Cardiologia/UCIC; BO; Maternidade e Cirurgia de Ambulatório) experienciam mais condutas de mobbing relacionadas com o isolamento, ataques directos, desprestígio pessoal, bloqueio ao progresso e intimidação.

O estudo de João (2013), foi um dos poucos a procurar determinar este tipo de relação, tendo concluído que o tipo de agressão sofrido pela vítima varia consoante o local onde a mesma exerce funções. Esta relação apenas foi confirmada para as dimensões de desprestígio laboral, isolamento, manipulação profissional, bloqueio ao progresso, difamação e intimidação. Pode dizer-se que Hirigoyen (2002) nos seus estudos denotou, uma grande disparidade na duração do assédio, bem como nas formas que este pode assumir, de sector para sector, no entanto a distinção desta investigadora foi entre o sector privado e o público. “Ainda que o assédio se pratique em todo o lado em que o modo de organização o permita, há locais de trabalho mais expostos” (Hirigoyen, 2002, p. 109).

Contudo, no estudo actual não se comprova a relação existente entre o local de trabalho dos enfermeiros – grupo de serviço e as condutas de mobbing por eles vivenciadas.

Quanto ao *tipo de horário* praticado pelos enfermeiros, na amostra em estudo predomina o número de enfermeiros que praticam horário rotativo (69,9%) sobre os que praticam horário fixo (30,1%). Estes resultados podem estar relacionados com o facto, de o estudo ter decorrido apenas em contexto hospitalar, em que a permanência 24h/dia é indispensável. Uma das limitações que se pode apontar ao estudo actual é que o mesmo teria beneficiado de um alargamento da amostra a enfermeiros a trabalhar na área de cuidados de saúde primários.

Assim sendo, os dados do estudo actual dão a conhecer que os enfermeiros com horário fixo sentem condutas de mobbing específicas das dimensões de isolamento, ataques directos, desprestígio pessoal, manipulação profissional, bloqueio ao progresso e intimidação.

Por outro lado os enfermeiros com horário rotativo apontam sentir condutas de mobbing relacionadas com as dimensões de desprestígio laboral, difamação, bloqueio à comunicação. São estes últimos, que admitem em média mais condutas de mobbing e com percepcionadas com maior intensidade. Dados estes corroborados por Carvalho, G. (2007), cujo estudo revelou que os enfermeiros que trabalham por turnos (ou seja, apresentam horário rotativo) têm não só uma maior propensão para a presença de condutas assediantes no seu local de trabalho, como também são estes que as vivem mais intensamente.

Uma das conclusões importantes que daqui se retira é que, os enfermeiros com regime de horário fixo experienciam níveis mais elevados de assédio moral, associado às dimensões isolamento ($p = 0,020$), ataques directos ($p = 0,006$), desprestígio laboral ($p = 0,014$) e intimidação ($p = 0,008$), confirmando a existência de relação entre a influência do tipo de horário praticado pelos enfermeiros e as condutas de maltrato psicológico sentidos pelos mesmos. Para João (2013) são também os enfermeiros com regime de horário fixo os que sofrem mais condutas de mobbing, no entanto estas estão associadas a outros tipos de agressão, nomeadamente: desprestígio laboral, isolamento, manipulação profissional e bloqueio ao progresso.

No que concerne ao *vínculo laboral* com a instituição, o tratamento inferencial dos dados permitiu determinar que os enfermeiros em regime de contrato de trabalho em funções públicas referiram sentir condutas de agressão de mobbing associadas a: isolamento, ataques directos, desprestígio pessoal, difamação e intimidação. os enfermeiros com contrato de trabalho sem termo, referem sentir mais condutas de desprestígio laboral e bloqueio ao progresso, sendo estes que as sentem com maior frequência e intensidade. Ainda, os enfermeiros com contrato de trabalho a termo certo referem percepcionar

condutas de agressão de manipulação profissional e, por último os trabalhadores independentes, sentem condutas de assédio associadas ao bloqueio à comunicação.

Contudo, não existe uma correlação entre o vínculo laboral e as condutas de assédio moral sentido pelos enfermeiros.

Saraiva e Pinto (2011) confirmam que são os indivíduos do quadro os mais afectados pelo mobbing em relação aos que apresentam contrato de trabalho a termo certo ou sem termo. Estes dados são ainda confirmados por João (2013) que de igual forma não obteve relação entre o tipo de contrato do enfermeiro na instituição, o tipo de agressão, o número de condutas e intensidade global de mobbing. Contudo, Carvalho, G. (2007) considerou que os enfermeiros com contrato efectivo são aqueles que percebem mais condutas de assédio psicológico em detrimento dos que possuem uma situação de contrato indefinido. Ainda Piñuel (2001) apontou os trabalhadores com contrato de trabalho precário ou indefinido como sendo aqueles que, sofrem mais assédio moral. Estes últimos têm “ (...) menos controlo sobre o seu posto de trabalho, menos perspectivas profissionais, menos acesso à formação e ao desenvolvimento de aptidões” (Luna, 2003 cit in em Carvalho, G. 2007, p. 51).

Analisando a variável *tempo de profissão*, sobressai que são os enfermeiros que trabalham à mais de 20 anos que sentem mais condutas de mobbing, sobretudo relacionadas com estratégias de desvalorização e descrédito do seu trabalho, impedindo o progresso profissional da vítima no serviço, seja por gestos de ameaça, seja por agressões físicas directas e psicológicas como atitudes de humilhação, respeitantes às dimensões de desprestígio laboral, ataques directos, desprestígio pessoal, bloqueio ao progresso e intimidação.

Os enfermeiros com tempo de profissão de 10 – 20 anos por outro lado, referem sentir mais condutas de mobbing relacionadas com as dimensões de isolamento, desprestígio pessoal e difamação. Os enfermeiros com menos de 10 anos, são aqueles que não sentem tantas condutas de assédio moral, exceptuando as que se relacionam com o bloqueio à comunicação.

Contrariamente a algumas expectativas, não são os enfermeiros que trabalham à menos anos que admitem sentir mais condutas de mobbing, pelo contrário são sim os enfermeiros com mais tempo de serviço. Isto pode relacionar-se por um lado, com o receio em denunciar essas agressões e, isso repercutir-se ainda mais em piores condições de trabalho e de estigmatização, quando tudo o que se deseja é garantir o seu local de trabalho e, por outro pode estar subjacente à ideia de que os profissionais com mais experiência e há

mais anos na instituição têm desempenhos inferiores ou são mais resistentes a mudanças que os mais novos.

Segundo João (2013), os enfermeiros com mais tempo de profissão (mais de 25 anos), são os que apresentam mais níveis elevados de condutas de isolamento e manipulação profissional, o que contraria os dados obtidos no estudo actual.

Contudo, os dados do presente estudo em relação à variável tempo de profissão, não revelaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que se pode concluir que não existe relação entre esta variável e a sua influência sobre as condutas de assédio moral sentidas pelos enfermeiros.

A última variável profissional a ser analisada, foi a *do tempo no actual serviço* e, em relação a esta percebeu-se que são os enfermeiros que trabalham nos respectivos serviços entre os 5 e os 10 anos, aqueles que indiciam vivenciar maior número de condutas de assédio moral, com maior frequência e intensidade.

Os níveis mais elevados de assédio moral verificaram-se nas dimensões de desprestígio pessoal ($p = 0,047$) e bloqueio ao progresso ($p = 0,026$), onde se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Essas diferenças localizam-se entre o grupo de enfermeiros que trabalha à menos de cinco anos no actual serviço e os que trabalham entre os 5 e os 10 anos no mesmo serviço ($p = 0,032$), isto para a dimensão de bloqueio ao progresso, porque na dimensão de desprestígio pessoal, não foi possível localizar essas diferenças. A variável tempo no actual serviço explica 4,26% da influência desta sobre a dimensão desprestígio pessoal e, 5,09% da sua influência na dimensão de bloqueio ao progresso.

Estes dados não são corroborados por nenhum dos autores do referencial teórico, João (2013) inclusive admite que, face aos dados do seu estudo, o tempo no serviço não influencia significativamente o tipo de condutas de agressão sofrido.

Para a amostra de enfermeiros em estudo, conclui-se que ainda que a percentagem de variabilidade seja baixa, a variável tempo no actual serviço relaciona-se com as condutas de mobbing sentidas pelos enfermeiros.

O mobbing é sem dúvida um fenómeno relevante, considera-se assim que todos os resultados obtidos vêm de alguma forma acrescentar algo mais acerca do conhecimento sobre esta temática, ainda tão dúbia e escondida na sombra dos que não a conseguem

denunciar e, que pode desestruturar a vida de todos os que vivem este tipo de agressão, seja social ou profissionalmente.

Ainda que, já existam alguns estudos no âmbito da Enfermagem, estes ainda não são suficientes e, sendo este “um problema disseminado em todos os contextos da prestação de cuidados e que pode resultar num clima prejudicial ao bem-estar dos profissionais, acarretar elevados custos para a organização e, inclusive, repercutir-se na qualidade dos cuidados” (Sá, 2008, cit in Saraiva & Pinto, 2011, p. 86); não são de mais os contributos fornecidos. Este aspecto, condicionou em parte a comparação dos resultados obtidos. Ainda assim, termina-se com uma maior compreensão do problema e, considera-se que todos os dados analisados e sobre os quais se reflectiu podem trazer a consciência e alerta de todos para esta realidade que pode afectar significativamente a prática diária de enfermagem.

6. Conclusões

A vivência de mobbing é considerada uma das violências mais íntimas e clandestinas no mundo laboral, sendo também umas das mais devastadoras com consequências no ser humano ao ponto de o destruir social, profissional e psicologicamente.

A enfermagem é uma profissão de muitas emoções e pressões, onde o assédio moral pode ter o seu lugar; torna-se por isso importante a abordagem desta temática, potenciando assim os enfermeiros não só do conhecimento, mas também das armas necessárias para prevenir e alertar para experiências semelhantes. É pois este, o propósito maior do actual estudo, munindo os enfermeiros e contribuindo para ambientes profissionais onde todos se respeitam e cooperam na qualidade dos cuidados que se impera alcançar.

A violência contra profissionais de saúde é de extrema relevância, pois além das consequências que daí advém tem-se vindo a verificar que, este é um facto cada vez mais frequente entre os mesmos. Em Portugal, um estudo da Direcção-Geral de Saúde (2002), revelou que 75% das instituições do Serviço Nacional de Saúde e privadas com internamento tinham tomado conhecimento de casos de violência contra profissionais de saúde nos três anos prévios ao estudo (Direcção-Geral de Saúde, 2006). As repercussões para a saúde e o individuo são sentidas quer pelos que vivem a agressão directamente mas, igualmente por aqueles que a testemunham, “(...) prejudicando o seu desempenho profissional futuro e a qualidade dos cuidados que as unidades de saúde atingidas prestam aos cidadãos que a elas recorrem” (Direcção-Geral de Saúde, 2006, p.1).

O estudo, que foi efectuado com base nas vivências transmitidas pelos enfermeiros do, Hospital Sousa Martins, ULS Guarda revelou que mais de metade da amostra era constituída por mulheres e, igualmente que a maior parte dos inquiridos apresenta companheiro.

Seguindo o fio condutor que regrou a apresentação dos capítulos anteriores, as conclusões obtidas são efectuadas em função das questões de investigação levantadas. Assim, para a primeira questão: **que percepção de mobbing têm os enfermeiros nos seu local de trabalho?** Verificou-se que cerca de metade dos elementos da amostra já ouviram falar de mobbing ou assédio moral. Desses elementos, quase metade já presenciou algum caso de mobbing, identificando como principais agressores o médico e o seu superior

hierárquico, que se enquadram em faixas etárias mais velhas (41-50 anos). No que se refere, a terem sido alvos de mobbing no seu local de trabalho, mais de metade dos inquiridos do estudo, consideraram nunca ter sido vítimas deste tipo de abuso. Seis meses, foi o período que os enfermeiros que já foram vítimas de assédio moral, assinalaram como o tempo de duração da vivência deste fenómeno.

Como já referido, as consequências que este tipo de experiência podem causar, podem ser devastadoras. Deste modo, quando questionados os enfermeiros sobre **Quais as consequências mais frequentes do assédio moral percebido?** Os resultados mostraram que as consequências mais sentidas se referem a ansiedade, pesadelos e insónias; seguido do medo e insegurança, o que se prova que este fenómeno pode interferir aos vários níveis da vida do ser humano a pessoal e profissional.

O mobbing é um processo caracterizado pela subtilidade e dissimulação dos ataques, porém muitas vezes não é possível ignorar as consequências sofridas pelo trabalhador e, pelo resultado é possível reconstituir os procedimentos ocorridos e alcançar a denúncia de tal agressão.

Relativamente à questão: **Que estratégias são utilizadas mais frequentemente para superar o abuso psicológico sofrido?** A grande maioria dos enfermeiros *aprende a não se deixar perturbar e não entra no jogo do agressor*. Outros optam pela *indiferença perante as situações de abuso* e, ainda há enfermeiros que *procuram apoio de pessoas de confiança*.

Outra questão de investigação procurou saber: **Quais as condutas de mobbing/assédio moral mais sentidas no local principal de trabalho?** Na resposta a esta questão foram tidas em conta não só as várias condutas de agressão, assim como as diferentes dimensões que agrupam condutas de mobbing passíveis de se fazerem sentir sobre a vítima. Nesse sentido, as condutas mais assinaladas pelos enfermeiros, foram: *Interrompem-no (a) quando fala; a par com criticam o seu trabalho e, os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer*; ou seja condutas que se referem às dimensões de bloqueio da comunicação, difamação e desprestígio laboral. Isto demonstra que os enfermeiros, experimentam condutas de mobbing que os incapacita da sua livre expressão; ou então são alvo de críticas ou falsos rumores bem como da desvalorização do seu trabalho, sempre com o intuito de serem prejudicados deliberadamente.

Determinou-se ainda que, os enfermeiros sentem em média oito condutas de assédio moral no seu local de trabalho ainda que, com um grau de afectação global e intensidade baixos.

No interesse de identificar relações entre algumas variáveis sociodemográficas e a variável em estudo, levantou-se como questão a seguinte: **Em que medida as características sociodemográficas (género, idade e estado marital) influenciam as condutas de mobbing nos enfermeiros?** Os resultados que permitem responder a esta questão ditam que, nenhuma das variáveis género, idade e estado marital influenciam de forma significativa as condutas de mobbing sentidas nos enfermeiros. Contudo, os dados permitiram perceber que são os homens os mais afectados pelo assédio moral no local de trabalho, sobretudo no que diz respeito às dimensões que se relacionam com a desvalorização e descrédito do seu trabalho, lhe causam isolamento e o levam à humilhação pessoal bem, como o impossibilitam de se expressar e, progredir profissionalmente. Os enfermeiros com mais de 45 anos são também aqueles que identificam mais condutas de mobbing, assim como os enfermeiros com companheiro.

A última questão de investigação formulada: **existe relação entre as características profissionais (formação profissional, categoria, serviço, tipo de horário, vínculo laboral, tempo de profissão, tempo no actual serviço) e o mobbing sentido pelos enfermeiros?**, foi comprovada para as variáveis categoria profissional, tipo de horário e tempo no actual serviço. No que diz respeito à categoria profissional, pode concluir-se que à medida que se ascende na categoria profissional mais condutas de mobbing os enfermeiros afirmam vivenciar (dos vários âmbitos de agressão), sobretudo os enfermeiros-chefes.

Analisando o tipo de horário praticado pelos enfermeiros, concluiu-se que são os enfermeiros em regime de horário fixo, os que experimentam mais condutas de mobbing que os expõe ao isolamento, por serem colocados de lado em algumas actividades levando a que eles mesmos se afastem dos próprios colegas; além disso, o descrédito pelo seu trabalho é acentuado por meio de acções restritivas, chegando a ser submetidos a alguns actos de maior violência directa e até ameaças.

Por último, o estudo da relação do tempo no actual serviço perante as condutas de assédio moral vivenciadas, permitiu auferir que são os enfermeiros com menos anos no actual serviço os que admitem experienciar mais condutas deste tipo de agressão no trabalho, sobretudo de humilhação pessoal que os pode levar ao fracasso, ao ponto de os impedir de progredir profissionalmente.

Para as restantes variáveis (formação profissional, serviço, vínculo laboral, tempo de profissão), ainda que se tenham obtido informações importantes, não se verificou relação significativa com o mobbing sentido pelos enfermeiros. São pois, os enfermeiros pós-graduados, que têm um vínculo laboral estável (com contrato de trabalho em funções públicas e com contrato de trabalho sem termo) e, que trabalham à mais de 20 anos, os que

admitem sentir mais condutas de mobbing no seu local de trabalho. No que diz respeito, ao serviço onde exercem as suas funções, percebeu-se que existe uma distribuição equitativa entre serviços (diferenciados e não diferenciados) dos enfermeiros que referem sentir essas condutas de agressão moral, ainda que sejam os enfermeiros dos serviços não diferenciados a referir sentir essas condutas com mais frequência e com maior intensidade.

Face ao exposto, considera-se que após analisados todos os dados, que permitiram dar resposta às questões levantadas e, com base nas características da amostra, o objectivo inicialmente proposto para o actual estudo, foi concluído.

Acredita-se que todos os resultados de investigação são um contributo importante que permite o avanço do conhecimento nomeadamente, quanto à temática em causa, o assédio moral no local de trabalho dos enfermeiros. Este progresso, garantidamente será um forte instrumento na prevenção do futuro, garantindo melhores condições de trabalho para estes profissionais e, conseqüentemente dos cuidados de saúde que estes prestam.

A dedicação dos enfermeiros é profunda, “entranha-se” em cada gesto que praticam porque, o melhor por aquele que precisa é condição primordial para actuar e cuidar. Contudo, o desgaste e a instabilidade dos dias de hoje impedem que estes profissionais sejam exímios e, para que isso possa mudar, ficam algumas sugestões que podem servir de contributo útil e alerta para garantir que os enfermeiros nunca deixem de dar o melhor, numa entrega total que faz deles, juntamente com uma equipa multidisciplinar de outros profissionais, tão especiais no cuidar.

No âmbito da investigação, pode dizer-se que esta é uma temática que, como foi bem demarcado no actual estudo, afecta cada vez mais um maior número de pessoas em Portugal e, muito deles são profissionais de saúde. A preocupação por este fenómeno social e organizacional não deve ser estanque, por isso uma das sugestões propostas é pelo desenvolvimento de outros estudos que sejam contributos no aprofundar da temática do mobbing, conferindo novas estratégias e armas de combate, protegendo todos as potenciais vítimas. Estudos comparativos entre realidades profissionais distintas, como ambiente hospitalar e centros de saúde, dariam um contributo fundamental, para perceber quais os ambientes laborais na área de saúde mais susceptíveis de se fazer sentir o assédio moral.

Seria importante, perceber os sentimentos dos enfermeiros ao lidar com este tipo de agressão psicológica no local de trabalho e a forma como gerem as suas emoções perante tal situação. O efeito aprofundado que o mobbing tem nas próprias vítimas e de que forma a sua vivencia, interfere com o relacionamento com os seus familiares e amigos, numa

abordagem qualitativa, serviria de ajuda numa melhor percepção das reais consequências possíveis e no delinear de novas estratégias para fazer frente a este tipo de violência.

Mais ao nível organizacional, considera-se primordial, actuar na prevenção de fenómenos que como o mobbing/assédio moral, colocam em risco as condições de trabalho dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde. O reconhecimento da existência de mobbing é um dos passos fundamentais, seguido do estabelecimento de um grupo de trabalho institucional que medeie todos os recursos necessários para identificar e combater esta e, até mesmo outras, formas de agressão. Nesta fase, os gabinetes de formação poderiam proporcionar a todos os funcionários acções formativas e esclarecedoras não só do tema, mas de todas as consequências possíveis e, estratégias ao seu alcance para denunciar ou travar tal fenómeno, disponibilizando documentos de referência e instrumentos úteis de abordagem e denúncia de situações de violência.

Os próprios órgãos de gestão deveriam ser incentivados a estar mais despertos para os actos de violência contra os seus pares, num intuito de garantir o bom funcionamento dos serviços e, a motivação e satisfação de todos os envolvidos, para assim garantir a prossecução de objectivos pessoais e organizacionais necessários à qualidade dos cuidados desejada. Neste caso, fomentar um ambiente de confiança e diálogo, facilitando a partilha de experiências e demonstrando disponibilidade para activar os mecanismos necessários para travar alguma situação, aponta-se como uma solução possível. Os gestores têm um papel chave em todo este processo, pois são eles que em primeira instância devem ter a coragem de admitir a existência de um problema e, a necessidade de abordar o problema de forma clara. Esta cultura organizacional é algo a ser fomentado, pelos ganhos que daí podem advir.

Outra sugestão, que se aponta passa pela elaboração de um plano estratégico de abordagem ao problema, devidamente estruturado que privilegie políticas para abordar a violência contra os profissionais de saúde da instituição. Este deve incluir uma avaliação da situação quanto ao risco e à existência de situações de assédio moral; assim como notificação de casos e medidas de responsabilização do agressor, bem como apoio às vítimas, no sentido de reparar os danos causados.

Nenhum tipo de violência deve ser tolerado, esta é uma filosofia que deve ser edificada em todas as instituições de saúde e, cada incidente deve ser encarado como um episódio de extrema importância.

O assédio moral no local de trabalho dos enfermeiros, é um acto de violência e agressão contra estes profissionais de saúde, pelo que é inevitável o sentimento de ameaça que prejudica gravemente a prestação de cuidados e conseqüentemente todo o sector de

Saúde e, está muitas vezes associada a um maior absentismo por doença, a maiores níveis de desejo de rotatividade de pessoal, menor satisfação profissional e quebra na produtividade. Acarreta pois, custos elevados quer ao nível da saúde dos indivíduos quer da própria organização.

Este é um problema sério que merece toda atenção; deste modo espera-se ter conseguido com este estudo, trazer contributos importantes que mudem a perspectiva sobre os enfermeiros e atenção que eles merecem sobretudo ao nível organizacional. Qualquer acto de violência contra um profissional de saúde no seu local de trabalho, no caso os enfermeiros, é um até de violência contra a própria instituição com impactos negativos na saúde física e psicológica das vítimas, bem como no seu desempenho profissional, afectando a qualidade assistencial e a credibilidade da instituição.

Referências Bibliográficas

- Assembleia Da República – Projeto de Lei 252/VIII. (Dezembro, 2000). Protecção laboral contra o terrorismo psicológico ou assédio moral. Acedido em <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=5974>
- Brasil, Associação Médica Mundial (2013). *Declaração de Helsínquia*. Acedido em http://www.uc.pt/fcdef/Comissao_de_etica/Documentos/Nova_Helsinquia
- Carvalho, G. D. (2007, Fevereiro). Mobbing: Assédio Moral em Contexto de Enfermagem – Estudo Preliminar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 15, 43-55.
- Carvalho, G. D. (2010, Fevereiro). Mobbing: Assédio Moral em Contexto de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21, 28-42.
- Carvalho, M. (2006, Agosto). Assédio Moral/Mobbing. *TOC*. N.º 77, 40 – 49. Acedido em http://www.otoc.pt/downloads/files/1155034857_40a49.pdf
- CGTP (s.d). Assédio moral, um problema de prova? *Sítio dos Direitos*. s.p. Acedido em http://sitiodosdireitos.net/index.php?option=com_content&view=article&id=26:assedio-moral-um-problema-de-prova&catid=1:opinioao-&Itemid=4
- Decreto-Lei n.º 7/2009 (2009, Fevereiro 12). Aprova a revisão do Código do Trabalho. [Portugal]. *Diário da República*, I (30) pp. 934. Acedido em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2014). *Guia Orientador de Trabalhos Escritos*. Acedido em http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/Uinvestigacao/Guia_Trabalhos_Escritos_17_7_2014.pdf
- Fornès, J. V. (2002, Novembro). Mobbing: La violència psicológica como fuente de estrés

laboral. *Enfermeria Global*. N.º 1, 1-10.

Fortin, M-F (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Guimarães, L. A. M. (2008, Dezembro, 2009, Janeiro, Fevereiro). Mobbing: assédio psicológico ou moral no trabalho. *Jornal da ABRISA*. Ed. 24, 4-5. Acedido em http://www.abrisa.org.au/pt/abrisa_news_024.pdf

Guimarães, L. A. M. & Rimoli, A. O. (2006, Maio - Agosto). Mobbing (Assédio psicológico) no Trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 22, N.º 2, 183-192. Acedido em http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/Mobbing_conceitos.pdf

Hirigoyen, M.-F. (2002). *O Assédio no Trabalho. Como distinguir a Verdade*. Cascais: Pergaminho.

Izquierdo, F. M. (2012). Acoso laboral o mobbing. *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoria y Prática*. Acedido em http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo5_5.shtml

João, A. L. (2009, Outubro/Novembro). Mobbing, Agressão Psicológica no Trabalho. *HDSinForum*. N.º 29, s.p. Acedido em http://www.hds.min-saude.pt/NR/rdonlyres/069D9731-43F1-455D-B82D-CA65AF82C3D7/17105/Suplemento_N29_vFinal.pdf

João, A. L. S. (2013). *Mobbing/Agressão Psicológica na Profissão de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Leymann, H. (1990). Mobbing and Psychological Terror at workplaces. *Violence and Victims*. vol 5, N.º 2. Acedido em <http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990%283%29.pdf>

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5:2, 165-184. Acedido <http://dx.doi.org/10.1080/13594329608414853>

Madrid, Secretaría de Salud Laboral e Medio Ambiente De UGT – Madrid. (2004-2007).

Manual sobre Acoso Psicológico. *II Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid*. Madrid: UGT. Acedido em <http://www.fspmadridugt.es/wp-content/uploads/salud-laboral/documentacion/manuales%20de%20prevencion/MANUAL%20DE%20ACOSO%20PSICOLOGICO.pdf>

Moura, A. P. M. & Saraiva, L. M. (2009, Junho). O Mobbing nas organizações de trabalho. *Revista electrónica de investigación y docência*. N.º 2, 45-58. Acedido em <http://www.revistareid.net/revista/n2/REIDart3.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Dados Estatísticos 2010-2012. 42 p. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/files/assets/common/downloads/publication.pdf

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais A complementaridade do SPSS* (5ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Maliaño: Sal Terrae.

Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2006). *Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da saúde dos Profissionais*. Lisboa: DGS. Acedido em www.dgs.pt/.../circular-informativa-n-15-dspsc-de-07042006-pdf.aspx

Redinha, M. R. G. (2003). *Assédio Moral ou Mobbing no Trabalho*. 18p. Acedido em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cije.up.pt%2Fdownload-file%2F219&ei=WeNFVZXKMoqsU9mggdAI&usq=AFQjCNGeZJMWy2bMNVEaxmG9T5FuE1hQeA&bvm=bv.92291466,d.d24>

Rivera, J. L. G. (2005). El acoso psicológico y sus dinâmicas. *Editorial EOS*. Madrid. 20p. Acedido em www.psicoter.es/component/option,com_docman/itemid73/gid,220/task,doc_view/

Rivera, J.L.G & Abuín, M. R. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el

LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en version española.

Psiquis. 24. Acedido em

<http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d611319/Cuestionario%20de%20estrategias%20de%20acoso%20psicol%C3%B3gico:%20el%20LIPT-60.pdf>

Rivera, J. L. G & Abuín, M. J. R (2005) Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El

LIPT-60 Leymann Inventory of Psychological Terrorization Modificado. *Editorial*

EOS. Madrid. 42p. Acedido em <http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/manual-lipt60.pdf>

Sá, L. O. (2007). *O Impacto da Violência Psicológica no Trabalho (Assédio*

Moral/Mobbing/Bullying) na Saúde Mental dos Enfermeiros. Acedido em

<http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=0734719972698565>

Sá, L. O. (2008). *O assédio moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros*. (Tese de

Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Acedido em

<http://www.rcaap.pt/results.jsp>

Saraiva, D. M. R. F. & Pinto, A. S. S. (2011, Dezembro). Mobbing em contexto de

enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 5, 83-93.

Uva, A. S. (2008) *Saúde Ocupacional e Assédio Moral no Local de Trabalho* (Comunicação

apresentada, Universidade Técnica de Lisboa). Acedido em

<http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/WP.4.2008.pdf>

Verdasca, A. T. M. & Pereira, A. P. G. (2011). *Assédio Moral no Local de Trabalho - Estado*

da Arte. 6 p. Acedido em

http://www.assediomoralonline.com/userfiles/file/ass%C3%A9dio%20moral%20no%20local%20de%20trabalho_RICOT_2.pdf

Verdasca, A. T. M. (2010). *Assédio Moral no Trabalho, Uma aplicação ao sector bancário*

português. (Tese de Doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa). Acedido

em

https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2220/1/TESE%20FINAL_ANA%20OVERDASCA_FORMATADA_28%20Junho.pdf

Verdasca, A. T. M. (s.d). *Elementos do conceito. Assédio Moral no Local de Trabalho*. s.p.

Acedido em <http://www.assediomoralonline.com/?load=infoMenus&id=9>

Verdasca, A. T. M. (s.d). *Associação. Assédio Moral no Local de Trabalho*. s.p. Acedido em

<http://www.assediomoralonline.com/?load=info&item=associacao>

ANEXOS

Anexo 1 – Escala de Lipt-60

LIPT - 60

© González de Rivera.

Nombre.....Apellidos.....

Fecha nacimiento.....Dirección.....

CP..... Localidad.....Teléfono.....

Estado Civil.....Profesión.....

Correo electrónico.....

A continuación hay una lista de distintas situaciones o conductas de acoso que usted puede haber sufrido en su trabajo. Marque en cada una de ellas el grado en que la ha experimentado.

Marque con una cruz (X):

el cero ("0") si no ha experimentado esa conducta en absoluto

el uno ("1") si la ha experimentado un poco

el dos ("2") si la ha experimentado moderada o medianamente

el tres ("3") si la ha experimentado bastante y

el cuatro ("4") si la ha experimentado mucho o extremadamente:

1 Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir.....	0	1	2	3	4
2 Le interrumpen cuando habla.....	0	1	2	3	4
3 Sus compañeros le ponen pegas para expresarse o no le dejan hablar	0	1	2	3	4
4 Le gritan o le regañan en voz alta.....	0	1	2	3	4
5 Critican su trabajo.....	0	1	2	3	4
6 Critican su vida privada.....	0	1	2	3	4
7 Recibe llamadas telefónicas amenazantes, insultantes o acusadoras	0	1	2	3	4
8 Se le amenaza verbalmente.....	0	1	2	3	4
9 Recibe escritos y notas amenazadoras.....	0	1	2	3	4
10 No le miran, o le miran con desprecio o gestos de rechazo.....	0	1	2	3	4
11 Ignoran su presencia, no responden a sus preguntas.....	0	1	2	3	4

12 La gente ha dejado o está dejando de dirigirse o de hablar con usted.....	0	1	2	3	4
13 No consigue hablar con nadie, todos le evitan.....	0	1	2	3	4
14 Le asignan un lugar de trabajo que le mantiene aislado del resto de sus compañeros.....	0	1	2	3	4
15 Prohíben a sus compañeros que hablen con usted	0	1	2	3	4
16 En general, se le ignora y se le trata como si fuera invisible.....	0	1	2	3	4
17 Le calumnian y murmuran a sus espaldas.....	0	1	2	3	4
18 Hacen circular rumores falsos o infundados sobre usted.	0	1	2	3	4
19 Le ponen en ridículo, se burlan de usted.	0	1	2	3	4
20 Le tratan como si fuera un enfermo mental o lo dan a entender.....	0	1	2	3	4
21 Intentan obligarle a que se haga un examen psiquiátrico o una evaluación psicológica.....	0	1	2	3	4
22 Se burlan de alguna deformidad o defecto físico que pueda tener.....	0	1	2	3	4
23 Imitan su forma de andar, su voz, sus gestos para ponerle en ridículo.....	0	1	2	3	4
24 Atacan o se burlan de sus convicciones políticas o de sus creencias religiosas.....	0	1	2	3	4
25 Ridiculizan o se burlan de su vida privada.....	0	1	2	3	4
26 Se burlan de su nacionalidad, procedencia o lugar de origen.	0	1	2	3	4
27 Le asignan un trabajo humillante.....	0	1	2	3	4
28 Se evalúa su trabajo de manera parcial, injusta y malintencionada.....	0	1	2	3	4
29 Sus decisiones son siempre cuestionadas o contrariadas.....	0	1	2	3	4
30 Le dirigen insultos o comentarios obscenos o degradantes.....	0	1	2	3	4
31 Sufre acercamientos, insinuaciones o gestos sexuales no deseados.	0	1	2	3	4
32 No se le asignan nuevas tareas, no tiene nada que hacer	0	1	2	3	4
33 Le cortan sus iniciativas, no le permiten desarrollar sus ideas.....	0	1	2	3	4
34 Le obligan a hacer tareas absurdas o inútiles.....	0	1	2	3	4
35 Le asignan tareas muy por debajo de su competencia	0	1	2	3	4
36 Le sobrecargan sin cesar con tareas nuevas y diferentes.	0	1	2	3	4

37 Le obligan a realizar tareas humillantes	0	1	2	3	4
38 Le asignan tareas muy difíciles o muy por encima de su preparación, en las que es muy probable que fracase.....	0	1	2	3	4
39 Le obligan a realizar trabajos nocivos o peligrosos.....	0	1	2	3	4
40 Le amenazan con violencia física.....	0	1	2	3	4
41 Recibe ataques físicos leves, como advertencia.....	0	1	2	3	4
42 Le atacan físicamente sin ninguna consideración.....	0	1	2	3	4
43 Le ocasionan a propósito gastos para perjudicarlo.....	0	1	2	3	4
44 Le ocasionan daños en su domicilio o en su puesto de trabajo.....	0	1	2	3	4
45 Recibe agresiones sexuales físicas directas.....	0	1	2	3	4
46 Ocasionan daños en sus pertenencias o en su vehículo.....	0	1	2	3	4
47 Manipulan sus herramientas (por ejemplo, borran archivos de su ordenador).....	0	1	2	3	4
48 Le sustraen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo.....	0	1	2	3	4
49 Se someten informes confidenciales y negativos sobre usted, sin notificarle ni darle oportunidad de defenderse.....	0	1	2	3	4
50 Las personas que le apoyan reciben amenazas, o presiones para que se aparten de usted	0	1	2	3	4
51 Devuelven, abren o interceptan su correspondencia.....	0	1	2	3	4
52 No le pasan las llamadas, o dicen que no está.	0	1	2	3	4
53 Pierden u olvidan sus encargos, o los encargos para usted.....	0	1	2	3	4
54 Callan o minimizan sus esfuerzos, logros, aciertos y méritos	0	1	2	3	4
55 Ocultan sus habilidades y competencias especiales.....	0	1	2	3	4
56 Exageran sus fallos y errores	0	1	2	3	4
57 Informan mal sobre su permanencia y dedicación	0	1	2	3	4
58 Controlan de manera muy estricta su horario.	0	1	2	3	4
59 Cuando solicita un permiso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades	0	1	2	3	4
60 Se le provoca para obligarlo a reaccionar emocionalmente.....	0	1	2	3	4

Anexo 2 – Autorização ao Uso do Questionário

Exma Enfermeira Ana Lúcia da Silva João

Assunto: Pedido de Autorização da utilização do questionário: “Mobbing na Profissão de Enfermagem”

Dora Lia Assunção Inácio Teixeira, aluna do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontra-se a realizar um trabalho de investigação sobre Mobbing nos Enfermeiros.

Neste contexto e, tendo tomado conhecimento do seu questionário e respectivo trabalho de validação em português da Escala LIPT-60, solicita a V. Exa. que autorize a utilização deste instrumento em enfermeiros.

Mais esclarece que, em caso de autorização concedida, respeitará os direitos do autor.

Sem outro assunto, de momento, subscreve-se atenciosamente.

Pede diferimento,

Guarda, 6 de Março de 2013

(Dora Lia Assunção Inácio Teixeira)

de: **Dora Teixeira** <enf.diateixeira@gmail.com>
 para: **Ana Lúcia João** <alsjoao@hotmail.com>
 data: 7 de março de 2013 às 00:36
 assunto:
 enviado por: gmail.com

Se lhe fosse possível, gostava igualmente de lhe pedir outros esclarecimentos.
 Por um lado solicito-lhe, neste mail, a autorização formal para poder utilizar o seu questionário e a escala Lipt-60 validada por si. Lembro-me que quando falámos via telefone, me tinha dito que tinha efectuado devidamente a tradução e validação da escala Lipt-60 e, que a tinha trabalhado de forma diferente dos seus autores originais, por ter conseguido incluir as 60 condutas, que é de facto o que mais me interessa neste momento.
 Outra das coisas que lhe queria perguntar, era se me podia esclarecer quanto à forma como trabalhou a escala? Quais dimensões nas quais dividiu a escala e, respectivos itens de condutas que incluiu? Qual o tratamento estatístico que aplicou para poder chegar ao resultados que obteve?
 Peço desculpa se estou a ser demasiado exigente, com as minhas perguntas, mas tenho muitas dúvidas na forma como trabalhar a referida escala e, gostava mesmo de ver concluído o meu estudo. E, na minha óptica os autores originais da escala, não são muito claros quanto à forma como calculam os valores que obtém e, uma vez que conseguiu incluir todas as condutas eu pretendia seguir essa mesma linha de orientação.
 Agradeço desde já todos os esclarecimentos que me puder disponibilizar.
 Neste percurso, ainda que a uma larga distância, a Enfermeira Ana tem sido um apoio fundamental. Muito obrigada.

Até breve.
 Os meus cumprimentos

Dora Teixeira

P.s- Junto anexo o pedido de autorização quanto ao uso do questionário e escala Lipt-60 validada por si em português.



de: **Ana Lúcia João** <alsjoao@hotmail.com>
 para: enf.diateixeira@gmail.com
 data: 12 de março de 2013 às 01:11
 assunto: RE:
 enviado por: hotmail.com

 **Ana Lúcia João** <alsjoao@hotmail.com>
 para mim ▾

12/03/13 ☆



Boa noite,
 Peço desculpa pela demora na resposta, mas tenho andado sempre um pouco ocupada.
 Vi o seu email e achei muito interessante o que pretende estudar, bem como os dados que pretende cruzar.
 Em relação ao questionário que eu utilizei tem a minha autorização para utilizá-lo bem como a escala. Mas, em relação ao meu questionário eu modificá-lo-ia e colocaria uma escala de avaliação de inteligência emocional que avalia-se como as vítimas de mobbing reagem face à agressão. Penso que seria interessante e traria algo de novo ao seu estudo.

Um abraço,

Ana João

Anexo 3 – Instrumento de Colheita de Dados



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico Pedagógico – Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

QUESTIONÁRIO

Os estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver trabalhos de investigação, com temáticas distintas que servirão de base às respectivas dissertações de final de curso. As temáticas abordadas são as seguintes: **Mobbing nos Enfermeiros (Enfª Dora); Inteligência Emocional nos Enfermeiros (Enfª Elisabete) e Trabalho por Turnos: Que Consequências...(Enfº Jorge).**

Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

Grupo I

1. **Idade** _____ anos

2. **Género**

1. Feminino
2. Masculino

3. **Estado Civil**

1. Solteiro(a)
2. Casado(a) / União de facto
3. Divorciado(a) / Separado(a)
4. Viúvo(a)

3.1. **Tem filhos menores?** Sim Não

4. **Habilitações Académicas**

1. Bacharelato
2. Licenciatura
3. Pós-Graduação
4. Mestrado
5. Doutoramento
6. Pós-Doutoramento
7. Outro

Qual? _____

5. **Categoria Profissional**

1. Enfermeiro
2. Enfermeiro Graduado
3. Enfermeiro Especialista
4. Enfermeiro Chefe
5. Enfermeiro Supervisor
6. Enfermeiro Director
7. Outro

Qual? _____

6. **Tempo de exercício profissional:** _____ meses/ _____ anos

7. **Tipo de horário que pratica?**

1. Fixo
2. Rotativo
3. Outro

Qual? _____

7.1. **Há quanto tempo trabalha no actual regime:** _____ meses/ _____ anos

8. **Serviço onde exerce a sua actividade principal?** _____

8.1. **Há quanto tempo se encontra nesse serviço?** _____ meses/ _____ anos

9. **Número de horas de trabalho semanal:** _____ horas/semana

10. **Qual o seu vínculo laboral com a instituição onde trabalha?**

1. Lugar de quadro (Contrato individual de trabalho sem termo)
2. Contrato individual de trabalho por prazo indeterminado
3. Trabalhador independente (recibos verdes)
4. Outro

Qual? _____

11. Se as condições de trabalho e a remuneração fossem exactamente iguais, optaria por que tipo de horário?

1. Horário fixo
2. Horário por turnos

12. Tem ocupação profissional extra - instituição Sim Não

12.1. Se respondeu afirmativamente, quantas horas trabalha por semana: _____ horas

12.2. Se respondeu afirmativamente, enumere duas ou mais razões que o levaram a optar pelo pluriemprego:

1. Maior satisfação profissional
2. Melhor retribuição salarial
3. Ocupação de tempos livres
4. Outras Quais? _____

Grupo II

13. Já ouviu falar em Mobbing /Assédio Moral? Sim Não

Se, respondeu Sim, tente responder às questões seguintes, caso tenha respondido Não passe à questão 18:

14. Já alguma vez presenciou, no seu local de trabalho, algum caso de Mobbing? Sim Não

14.1. Quem era o agressor?

1. Um colega
2. De vários colegas
3. Do seu superior hierárquico
4. De um médi
5. De um Assistente operacional
6. Outro Qual? _____

14.2. Que idade tinha o agressor?

1. 20 – 30 anos
2. 31 – 40 anos
3. 41 – 50 anos
4. 51 – 60 anos
5. > 60 anos

15. Tem consciência, se já foi ou poderá estar a ser vítima de abuso psicológico por parte de algum colega ou superior hierárquico que, adopta comportamentos hostis que o fazem sentir-se mal?

Sim Não

15.1. Durante quanto tempo considera ter acontecido?

1. Estou a ser vítima de mobbing
2. Durou 1 mês
3. Durou cerca de 6 meses
4. Durou cerca de 12 meses
5. Nunca dei por isso
6. Outro Qual? _____

16. **Tendo presenciado ou vivenciado abuso psicológico no seu local de trabalho, que conseqüências derivaram desse acontecimento?** (pode assinalar uma ou mais opções, consoante as que considera terem sucedido).

- 1. Depressão
- 2. Atestado médico
- 3. Ansiedade, pesadelos e insónias
- 4. Medo e Insegurança
- 5. Manifestações físicas (diarreia, vômitos, náuseas, tonturas, dores...)
- 6. Isolamento social
- 7. Alterações no seio familiar
- 8. Outro(s)

Qual/Quais? _____

17. **Da lista de estratégias apresentada qual ou quais as que utilizou ou utiliza para superar o abuso psicológico de que é ou foi alvo.**

- 1. Indiferença perante as situações de abuso
- 2. Reage com humor
- 3. Procura identificar em que consiste a estratégia hostil
- 4. Toma nota e recolhe elementos que comprovam as ofensas de que é alvo
- 5. Dá conhecimento às pessoas responsáveis e competentes, relacionadas com a sua profissão (sindicatos, administradores, superiores hierárquicos...)
- 6. Aprende a não se deixar perturbar e não entra no jogo do agressor
- 7. Procura ajuda psicológica profissional
- 8. Procura apoio de pessoas de confiança (familiares, amigos...)
- 9. Recorre a apoio jurídico
- 10. Arranja desculpas e afasta-se do local de trabalho
- 11. Outro (s)

Qual/Quais? _____

18. De seguida, encontrará **uma lista com diferentes situações ou condutas de Mobbing/Assédio Moral (Escala Lipt 60) que, poderá estar a sofrer no seu local principal de trabalho.** Referindo-se a esse local de trabalho, assinale com uma cruz de acordo com a legenda abaixo descrita:

1 = Absolutamente Nada 2 = Um pouco 3 = Moderadamente 4 = Muito 5 = Extremamente

SITUAÇÕES OU CONDUTAS DE ASSÉDIO NO SEU LOCAL DE TRABALHO (GONZÁLEZ DE RIVIERA & RODRIGUES ABUÍN, 2003)	1	2	3	4	5
1. Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer					
2. Interrompem-no(a) quando fala					
3. Os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar					
4. Gritam-lhe ou repreendem-no(a) em voz alta					
5. Criticam o seu trabalho					
6. Criticam a sua vida privada					
7. Recebe telefonemas ameaçadores, insultantes ou acusadores					
8. Ameaçam-no(a) verbalmente					

9. Recebe escritos e notas ameaçadoras					
10. Não olham para si, ou então olham-no (a) com desprezo ou gestos de recusa					
11. Ignoram a sua presença, não respondem às suas perguntas					
12. As pessoas deixaram ou estão a deixar de se dirigir a si ou de falar consigo					
13. Não consegue falar com ninguém, todos o/a evitam					
14. Atribuem-lhe um lugar de trabalho que o/a mantém isolado(a) do resto dos seus colegas					
15. Proíbem os seus colegas de trabalho de falar consigo					
16. Em geral, ignoram-no(a) e tratam-no (a) como se fosse invisível					
17. Caluniam-no/a e falam nas suas costas					
18. Fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si					
19. Ridicularizam-no (a), gozam consigo					
20. Tratam-no (a) como se fosse um/a doente mental ou dão a entender que o é					
21. Tentam obrigá-lo/a a fazer um exame psiquiátrico ou uma avaliação psicológica					
22. Riem-se de alguma malformação ou defeito físico que possa ter					
23. Imitam a sua forma de andar, a sua voz, os seus gestos para o/a ridicularizar					
24. Criticam ou riem-se das suas convicções políticas ou das suas crenças religiosas					
25. Ridicularizam ou riem-se da sua vida privada					
26. Gozam com a sua nacionalidade, procedência ou lugar de origem					
27. Atribuem-lhe um trabalho humilhante					
28. O seu trabalho é avaliado de forma parcial, injusta e mal intencionada					
29. As suas decisões são sempre questionadas ou contrariadas					
30. Dirigem-lhe insultos ou comentários obscenos ou degradantes					
31. Fazem-lhe declarações, insinuações ou gestos sexuais					
32. Não lhe atribuem tarefas novas, não tem nada para fazer					
33. Cortam-lhe as suas iniciativas, não lhe permitem desenvolver as suas ideias					
34. Obrigam-no/a fazer tarefas absurdas ou inúteis					
35. Atribuem-lhe tarefas muito inferiores à sua competência					
36. Sobrecarregam-no (a) sem cessar com tarefas novas e diferentes					
37. Obrigam-no (a) a realizar tarefas humilhantes					
38. Atribuem-lhe tarefas para as quais não está preparada, pelo que é muito provável que fracasse ao realizá-las					
39. Obrigam-no (a) a realizar trabalhos nocivos ou perigosos					
40. Ameaçam-no (a) com violência física					
41. Recebe ataques físicos leves, como advertência					
42. Atacam-no (a) fisicamente sem nenhuma consideração					
43. Proporcionam-lhe gastos, de propósito, para o/a prejudicar					
44. Provocam-lhe danos na sua casa ou no seu lugar de trabalho					
45. Recebe agressões sexuais físicas directas					
46. Provocam danos aos seus bens ou à sua viatura					
47. Manipulam as suas ferramentas de trabalho (ex. apagam ficheiros do seu computador)					
48. Privam-no/a de alguns dos seus bens, documentos ou ferramentas de trabalho					
49. Entregam relatórios confidenciais e negativos sobre si, sem o/a avisarem nem lhe darem uma oportunidade para se defender					
50. As pessoas que o/a apoiam recebem ameaças, ou pressões para que se afastem					
51. Devolvem, abrem ou interceptam a sua correspondência					
52. Não lhe passam os telefonemas, ou dizem que não está					
53. Perdem ou esquecem os seus pedidos ou encargos para si					
54. Calam ou minimizam os seus esforços, êxitos e sucessos					
55. Ocultam as suas habilidades e competências especiais					

56. Exageram as suas falhas e erros					
57. Informam mal sobre a sua permanência e dedicação					
58. Controlam o seu horário de uma forma muito restrita					
59. Quando solicita uma autorização, seminário/formação ou actividade à qual tem direito, negam-lho ou colocam-lhe obstáculos e dificuldades					
60. Provocam-no(a) para o /a obrigar a reagir emocionalmente					

Anexo 4 – Autorização ao Uso da Escala Lipt-60

**Exmos Sr. Dr. González de Riviera e Sr. Dr. Rodriguez Abuín
Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática**

Assunto: Pedido de Autorização da utilização do questionário: “Estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60”

Dora Lia Assunção Inácio Teixeira, aluna do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontra-se a realizar um trabalho de investigação sobre Mobbing nos Enfermeiros.

Neste contexto e, tendo tomado conhecimento do seu trabalho de construção e validação da Escala LIPT-60, solicita a V. Exas. que autorizem a utilização deste instrumento em enfermeiros.

Mais esclarece que, em caso de autorização concedida, respeitará os direitos do autor.

Sem outro assunto, de momento, subscreve-se atenciosamente.

Pede diferimento,

Guarda, 15 de Novembro de 2013

(Dora Lia Assunção Inácio Teixeira)

Dora Teixeira <enf.dliateixeira@gmail.com>

15/01/13 ☆

para Bcc:info, Bcc:psy, Bcc:mrabuín

Exmos. Sr. Dr. González de Riviera e Sr. Dr. Rodríguez Abuín, mi nombre es Dora Teixeira, soy enfermera en el Hospital de Guarda (Portugal) y estoy realizando una tesis, en el área Médico-Cirúrgica, de una escuela de enfermería. Dentro de esta tesis se contempla la posibilidad de realizar un trabajo de investigación, cuyo tema escogido fue - Mobbing en los Enfermeros. Este trabajo pretende ser aplicado en una población de enfermeros del hospital donde ejerzo mis funciones, a través de un cuestionario donde me gustaría incluir la escala LIPT-60. Por este medio le solicito nuevamente la autorización para el uso de la escala LIPT-60. No obstante, esta vez necesito una respuesta urgente ya que se acerca el plazo de entrega para la tesis, tal y como le había expuesto en el email que le envié anteriormente (fecha de Noviembre de 2011).

En mi todavía breve investigación, su nombres aparecem como una referencia en esta temática, inclusive la escala LIPT-60, validada por usted. En este sentido me dirijo a usted, para solicitarles la autorización para poder utilizar la escala LIPT-60 en mi trabajo sobre el Mobbing.

Estoy disponible para responder cualquier pregunta que necesite ser aclarada y, le agradezco de antemano toda la disponibilidad prestada.

En anexo, vos envío nuevamente el pedido de autorización para el uso de la escala LIPT-60.

Reciba un cordial saludo

Enfermera Dora Teixeira



Dr. Manuel R. Abuín <mrabuín@gmail.com>

17/01/13 ☆

para mim



español > português Traduzir mensagem

Desactivar para mensagens em: espanhol x

Estimada Dora Teixeira:

Tras hablar con el Prof. Rivera, hemos acordado concederle nuestra autorización para que traduzca al portugués el cuestionario de estrategias de acoso psicológico LIPT-60, y lo utilice para sus investigaciones de tesis doctoral. En caso de que considerase extraer alguna muestra de población general, además de la muestra de enfermeros, rogaríamos nos enviase los datos obtenidos para poder analizar la consistencia de las propiedades psicométricas del cuestionario en diferentes países.

Deseándole el mayor de los éxitos en sus estudios, le envío un cordial saludo,

Dr. Manuel R. Abuín

Anexo 5 – Autorização do Conselho de Administração da ULS Guarda, Hospital Sousa Martins



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Casalberto Gomes de Almeida, nº 182
3000-843 VISEU
Tel: 352 419 100
Telex: 261 011 000
Fax: 352 432 343

Exmo. Sr. Presidente
Da Comissão de Enfermagem
Unidade Local de Saúde da Guarda

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº	Cela:
Processo:		1075	1718/2011
		Processo:	70

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a desenvolver trabalhos de investigação, com temáticas distintas que servem de base às respectivas dissertações de final de curso. As temáticas abordadas são as seguintes: **Mobbing nos Enfermeiros (Enfª Dora); Inteligência Emocional e Satisfação Profissional nos Enfermeiros (Enfª Elisabete) e Trabalho por Turnos: Que Consequências (enfª Jorge)**. Segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Determinar o perfil sócio-demográfico dos Enfermeiros, referentes aos temas em estudo;
- Identificar factores determinantes que predisõem às temáticas em estudo;
- Relacionar os dados recolhidos e inferir possíveis correlações entre eles.

Quanto à população alvo do estudo, esta é constituída por enfermeiros que desempenham funções na Unidade Local de Saúde da Guarda.

Será pedida a colaboração aos docentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Outubro, Novembro e Dezembro 2011.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mas informamos que o Professor António Madalena Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428843.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente do ESSV,

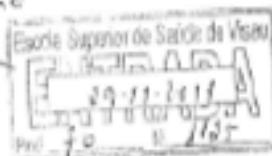
Professor Doutor Carlos Pedro

ANIL



S. Afrio à J. J. J. J. J.

Inf. P. J. J. J.



Exm.^o Senhor
 Prof. Doutor Carlos Pereira
 Presidente da Escola Superior de Saúde de
 Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
 n.^o 182

3500-843 Viseu

Referência
 Of. 7076
 Proc. 70

Data de emissão de
 17.10.2011

Número de referência

9142

Data
 Guarda, 25/11/11

ASSUNTO: Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados.

Vimos por este meio informar V. Ex.^a, que de acordo com o vosso ofício acima mencionado, e após parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., se encontram autorizados a realizar a colheita de dados/informação nesta instituição.

Deverão entregar no Conselho de Administração desta Unidade um exemplar do referido trabalho após conclusão do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração